



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0753(17)
vom 13.12.04

15. Wahlperiode**

Stellungnahme

des

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

**zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung**

Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz)

BT-Drs. 15/4228

Berlin, 15. Dezember 2004

Der bpa bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme und für die Einladung zur Anhörung. In unserer Stellungnahme beziehen wir uns ausschließlich auf die Regelung zur Finanzierungszuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege sowie die Schiedsperson in der häuslichen Krankenpflege als zentrale verbandspolitische Themen.

1. Zuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege in Heimen vom 01.01.2005 bis zum Inkrafttreten des Verwaltungsvereinfachungsgesetzes (Änderungsanträge 17 und 23 der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen)

Zusammenfassung:

Die unklare Rechtslage ab dem 01.01.05 kann erhebliche Verunsicherung im Verhältnis von Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime, Pflegekassen, Sozialhilfeträgern, Krankenkassen und der Heimaufsicht und nicht zuletzt der Pflegeheime auslösen.

- Die Bewohnerinnen und Bewohner könnten die Auffassung vertreten, mit Blick auf den aktuellen Gesetzestext Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nicht finanzieren zu müssen. Hier wäre zumindest das Prozesskostenrisiko nicht unerheblich.
- Die Pflegekassen sollen die Kosten der medizinischen Behandlungspflege zunächst ohne gesetzliche Grundlage in der Entgeltvereinbarung berücksichtigen. Gleiches gilt für die Träger der Sozialhilfe.
- Die Krankenkassen sehen sich ggf. Ansprüchen der Versicherten ausgesetzt.
- Mehrere Heimaufsichten fordern die Pflegeheime zur Anpassung der Heimverträge auf.
- Den Pflegeheimen kann keine eindeutige Empfehlung zur Änderung der Heimverträge gegeben werden.

Die hieraus entstehende Irritation wäre nur bei einer gesetzlichen Anschlussregelung noch in diesem Jahr zu vermeiden. Sofern dies nicht zu erreichen ist, wäre eine Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit hilfreich. Inhaltlich müssten alle Beteiligten darin gebeten werden, bis zur erwarteten gesetzlichen Regelung auf Grundlage der jetzigen gesetzlichen Regelung zu verfahren.

Stellungnahme:

Nach § 43 b SGB XI übernehmen vom 01. Januar 2005 an die gesetzlichen Krankenkassen die in § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 sowie § 43 Abs. 2, 3, und 5 genannten Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Das Nähere soll in einem besonderen Gesetz geregelt werden.

Diese an sich systematisch korrekte Zuordnung der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zum Leistungskatalog der Krankenkasse ist grundsätzlich durchaus zu begrüßen, führt doch die jetzige Regelung dazu, dass die in Pflegeheimen lebenden Versicherten den Anteil der Leistungen, der nicht über die Leistungsbeträge der Pflegekasse gedeckt ist, selbst bezahlen müssen, hingegen die häusliche Krankenpflege in Form der medizinischen Behandlungspflege ohne Eigenbeteiligung des Versicherten erbracht wird.

Vor dem Hintergrund, dass das Gesetz zur Umsetzung des § 43 b SGB XI bis zum 31.12.2004 nicht vorliegen wird, scheint es allerdings sinnvoll, wenn die bisherige Zuordnung der Behandlungspflege im Rahmen der stationären Versorgung Pflegebedürftiger zum Leistungskatalog der Pflegekasse für einen weiteren Übergangszeitraum beibehalten wird. Insofern begrüßt der bpa den Änderungsantrag 17 zum Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz). Danach soll die Behandlungspflege weiterhin bis zum 30. Juni 2007 als Sachleistung durch die Pflegekassen erbracht werden. Nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ist ein rückwirkendes Inkrafttreten dieser Regelung zum 1.1.2005 vorgesehen.

Gleichwohl stellt das Gesetzesvorhaben alle stationären Pflegeeinrichtungen und deren Bewohner vor kaum zu bewältigende Schwierigkeiten, wenn die in Artikel 9a vorgesehene Verlängerung nicht bereits vor oder mit Auslaufen der alten Übergangsfrist zum 31.12.2004 in Kraft tritt, sondern erst im Frühjahr 2005 – oder gar später - Gesetz wird.

Für den daraus resultierenden Übergangszeitraum bis zum – wenn auch rückwirkenden – Inkrafttreten der Verlängerung lautet der Gesetzesbefehl nach §§ 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 und 43 Abs. 2, 3 und 5 SGB XI, dass nicht mehr die Pflegekassen, sondern die Krankenkassen die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege übernehmen müssen. Einzelheiten sind nicht geregelt; gleichwohl dürfte für den einzelnen Bewohner ab dem 01.01.2005 ein Anspruch auf die Sachleistung Behandlungspflege nun nicht mehr gegen die Pflegekasse, sondern gegen die Krankenkasse bestehen. Gerade vor dem Hintergrund, dass die Bewohner bisher aufgrund der gedeckelten Leistungsbeträge der Pflegekassen im Gegensatz zur Versorgung bei häuslicher Pflege auch bezüglich der Leistungen der Behandlungspflege einen Eigenanteil zu zahlen haben, ist es absehbar und nachvollziehbar, dass die Bewohner ab dem 01.01.2005 diesen Anspruch auch tatsächlich geltend machen werden. In der Folge wäre aus Sicht des Heimbewohners auch die Position nachvollziehbar, dass das Heimentgelt basierend auf dem Pflegesatz um die Kostenposition medizinische Behandlungspflege zu kürzen wäre, da für diese nunmehr die Krankenkasse aufzukommen habe.

Die Heimverträge sehen den gesetzlichen Vorgaben entsprechend vor, dass die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der allgemeinen Pflegeleistungen bis zum 31.12.2004 erbracht werden. Der dem Gesamtheimentgelt auch zugrunde liegende Pflegesatz beinhaltet – wiederum den gesetzlichen Vorgaben in den §§ 82, 84 und 85 SGB XI folgend – nach dem Heimvertrag die Aufwendungen für die allgemeine Pflege, die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege. Aufgrund des bisherigen Fehlens gesetzlicher Grundlagen ist die Leistungserbringung im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege und deren Abrechnung ab dem 01.01.2005 heimvertraglich noch nicht geregelt; ebenso fehlen vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen wie auch die erforderlichen Änderungen in den Pflegesatzvereinbarungen, den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI und den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen: Die bisher abgeschlossenen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen beinhalten gemäß § 80 a SGB XI auch Festlegungen zum besonderen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege; daraus resultiert auch die über die Pflegekasse mitfinanzierte personelle und sachliche Ausstattung des Heims. Rahmenver-

traglich sind die Einrichtungen den Pflegekassen gegenüber ohne zeitliche Begrenzung verpflichtet, auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu übernehmen; die vereinbarten Pflegesätze beinhalten wiederum ohne zeitliche Begrenzung auch die Entgelte für die medizinische Behandlungspflege und sind für die Heime unmittelbar verbindlich.

Bereits jetzt wird von Seiten der Heimaufsicht beanstandet, dass die Heimverträge keine Regelung zur Leistungserbringung im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege nach dem 31.12.2004 enthalten. Die Einrichtungen werden angehalten, ihre Heimverträge entsprechend zu ändern und befinden sich hier im Zugzwang, Finanzierungsregelungen treffen zu müssen, die aufgrund der unklaren Gesetzeslage im Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten des Art. 9a Verwaltungsvereinfachungsgesetz unter Umständen zu ihren Lasten gehen und die in den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben bisher keine Grundlage finden.

Auseinandersetzungen mit Bewohnern bzw. deren Bevollmächtigten sind vorprogrammiert. Aufgrund § 43 b SGB XI scheint es das gute Recht des in der Einrichtung versorgten Versicherten, seinen Sachleistungsanspruch auf medizinische Behandlungspflege gegen die Krankenkasse geltend zu machen und das bisher vereinbarte Gesamtheimentgelt entsprechend reduzieren zu wollen. Abgesehen davon, dass die Instrumente zur eindeutigen preislichen Bewertung der einzelnen von der Einrichtung erbrachten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nicht vorliegen, dürfte es hier in Erwartung der Beibehaltung der Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen auch zu Auseinandersetzungen zwischen Versichertem und Krankenkasse kommen. Gerichtliche Auseinandersetzungen in dieser Frage wären mit Inkrafttreten der Regelung zur Beibehaltung der Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen erledigt; dies ginge allerdings hinsichtlich des Prozesskostenrisikos wohl allein zu Lasten des Versicherten. Auf der anderen Seite fehlen die Voraussetzungen, die Leistungserbringung im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege für den Übergangszeitraum heimvertraglich sinnvoll zu regeln, zumal nicht einmal genau abzusehen ist, wann und wie das Gesetzgebungsverfahren hinsichtlich des Verwaltungsvereinfachungsgesetzes abgeschlossen sein wird.

Die unklare Gesetzeslage für den Übergangszeitraum und das Fehlen von Umsetzungsinstrumentarien für einen Anspruch der Heimbewohner auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gegen die Krankenkassen insbesondere auch hinsichtlich der Finanzierung bzw. Preisbemessung führt für Versicherte, Einrichtungen und auch Kranken- und Pflegekassen zu vermeidbaren Schwierigkeiten.

Vor diesem Hintergrund setzt sich der bpa dringend dafür ein, die Regelungen zur Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege in Heimen aus dem Gesetzgebungsverfahren zum Verwaltungsvereinfachungsgesetz herauszunehmen und ein Inkrafttreten noch vor dem 31.12.2004 zu ermöglichen.

2. Schiedsperson in der häuslichen Krankenpflege (Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung zu Artikel 4 Nr.5b -neu-) Neufassung § 132a Abs.2 Satz 6 SGB V

Durch das GMG ist mit der Schiedsperson gem. § 132 a SGB V auch für die häusliche Krankenpflege ein Konfliktlösungsinstrument eingeführt worden, für die

sich der bpa und auch die Wohlfahrtspflege seit Jahren eingesetzt hatte. Hintergrund waren die zahlreichen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen um die Verträge und die Vergütung für die häusliche Krankenpflege, die zu vielen Aufsichtsbeschwerden und Klagen geführt haben.

Die durch das GMG eingeführte Regelung zur Schiedsperson sieht vor, dass in den Verträgen gem. § 132 a SGB V zu regeln ist, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Dieser Vertragsvorbehalt setzt voraus das sich die Krankenkasse und der Pflegedienst zunächst innerhalb eines Vertrages auf die Schiedsstellenregelung verpflichten müssen bevor diese Anwendung finden kann. Probleme aber entstehen, wenn es noch keine Verträge gibt, die eine solche Regelung enthalten. In vielen Bundesländern ist dieses der Fall. Das sinnvolle Instrument zur Schlichtung von Streitigkeiten kann in solchen Fällen gegenwärtig nicht genutzt werden.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der bpa ausdrücklich den Änderungsantrag im Verwaltungsvereinfachungsgesetz zum § 132a Abs.2 Satz 6 SGB V: **„Im Falle von Nichteinigung legt den Vertragsinhalt eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson fest.“**

Die vorgeschlagene Änderung ist dringend erforderlich um die Auseinandersetzungen in den Bundesländern, wie seitens der Bundesregierung und der CDU/CSU mit dem GMG beabsichtigt, zu entschärfen und die Pflegedienste nicht einer Verweigerung zur Schiedsperson durch die Krankenkassen auszusetzen. Die mit der Einführung der Schiedsperson beabsichtigte eigenständige Konflikt-schlichtung muss auch greifen, wenn es noch keinen Vertrag gibt oder dieser gekündigt ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass in solchen Fällen langwierige Klageverfahren oder Aufsichtsbeschwerden anhängig werden, die gerade mit der Schiedsperson vermieden werden sollten.

Bernd Meurer
(Präsident)