



**Stellungnahme**

des

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

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0831(29)  
vom 15.03.05**

**15. Wahlperiode**

zum

**Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Daniel Bahr (Münster), Rainer Brüderle,  
weiterer Abgeordneten und der Fraktion der FDP**

**Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der  
gesetzlichen Krankenversicherung verankern**

**BT-Drs. 15/3995**

und zum

**Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz,  
weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU**

**Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-  
Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme**

**BT-Drs. 15/4135**

**Berlin, 16. März 2005**

Der bpa bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme und für die Einladung zur Anhörung. Der bpa vertritt bundesweit rund 4.000 private ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. In dieser Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) aus der Sicht der Pflege. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahmen zum GKV-Modernisierungsgesetz vom 17.09.2003 sowie 13.09.2004.

#### **Zusammenfassung:**

- **Der bpa unterstützt die Forderung, nicht verschreibungspflichtige Medikamente wieder dem Leistungsbereich der GKV zuzuordnen. Die Neuregelung durch das GMG hat insbesondere chronisch Kranke finanziell erheblich zusätzlich belastet und dazu geführt, dass etliche Krankenkassen die Leistung der Medikamentengabe im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verweigern.**
- **Die enterale Ernährung muss eine Leistung der GKV bleiben.**
- **Die Zuzahlungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und für sozialhilfebedürftige Heimbewohner sollten zurückgenommen werden.**
- **Der bpa befürwortet die Wiedereinführung des erhöhten Barbetrages für Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen, die mit eigenem Einkommen maßgeblich zu den Kosten beitragen.**
- **Die Zuordnung aller krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung muss abschließend geregelt werden.**

I. **Antrag der Fraktion der FDP „Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern“ (BT-Drs. 15/3995)**

1. **Medikamentengabe bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln**

Der bpa begrüßt den Antrag.

Die Neuregelung durch das GMG hat dazu geführt, dass **insbesondere chronisch Kranke erhebliche weitere finanzielle Belastungen** tragen müssen. Neben den Zuzahlungen (s. dazu Ziffer III, Nr. 1) sind weitere erhebliche Kosten durch die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente auf die chronisch Kranken hinzugekommen. Des Weiteren ist zu beachten, dass diese Patientengruppe häufig auch pflegebedürftig ist und auch noch im Rahmen der Pflegeversicherung eigene Mittel für die medizinische und pflegerische Versorgung aufbringen muss. Daher würden insbesondere chronisch Kranke davon profitieren, wenn die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente wieder in die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen.

Dringend erforderlich ist in diesem Zusammenhang auch eine Klarstellung hinsichtlich der häuslichen Krankenpflege. Der Arzt verordnet diese, sofern der Patient oder ein Haushaltsmitglied die Leistungen nicht allein vornehmen kann, diese medizinisch indiziert und im Rahmen der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Auf der Grundlage des GMG sind bestimmte Medikamente von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen worden. Dieses sind die so genannten nicht verschreibungspflichtigen Medikamente, die nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt werden, aber dennoch weiterhin von den Ärzten verordnet werden können, sofern sie zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung erforderlich sind. Diese Neuregelung hat aber dazu geführt, dass Patienten, die diese Medikamente nicht selbst einnehmen können (z.B. Demenzkranke), die Verabreichung durch Pflegedienste im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verweigert wurde. Da die Finanzierung dieser Medikamente nicht mehr von den Krankenkassen übernommen wird, haben die Krankenkassen argumentiert, dass auch die Verabreichung dieser Medikamente nicht mehr in ihre Zuständigkeit fällt. Allerdings besteht zwischen der Neuregelung zu den nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten und den Leistungen der häuslichen Krankenpflege kein Zusammenhang.

Inzwischen hat zwar das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) mehrfach bestätigt, dass Ärzte weiterhin Medikamente verordnen dürfen, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Soweit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege entsprechende Mittel vom Vertragsarzt verordnet würden, seien auch diese Bestandteile der Medikamentengabe im Sinne der Richtlinie häusliche Krankenpflege.

Die Praxis sieht jedoch leider anders aus. **Trotz der Klarstellung durch das Ministerium lehnen einige Krankenkassen die Übernahme dieser Leistung weiterhin ab** und perpetuieren somit den Zustand der Ungleichbehandlung innerhalb dieser Gruppe der gesetzlich Versicherten. Denn wer für die Medikamentengabe auf einen Pflegedienst angewiesen ist, sollte nicht schlechter gestellt sein als andere Versicherte. Sie müssten – wie jeder andere Versicherte auch – die Kosten der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel selbst tragen und zusätzlich die Kosten der Verabreichung des Medikamentes durch den Pflegedienst.

Aus Sicht des bpa ist bei der ärztlichen Verordnung von Medikamenten die ordnungsgemäße Einnahme entsprechend des ärztlichen Behandlungsplanes maßgebend – unabhängig davon, ob das Arzneimittel verschreibungspflichtig ist oder nicht. Wenn diese nur durch einen Pflegedienst sichergestellt werden kann, gehören diese Kosten der Medikamentengabe zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege und unterfallen der Sachleistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der bpa befürwortet daher, dass viele bewährte preiswerte und nebenwirkungsarme Arzneimittel wieder der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet werden. Auf diese Weise würden Fehlmedikationen bei Patienten vermieden und Rechtssicherheit bei den betroffenen Versicherten sowie Pflegediensten geschaffen.

## **2. Trink- und Sondennahrung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung Änderung der Arzneimittelrichtlinien (AMR)**

Mit Beschlussfassung zur Auswertung des Stellungnahmeverfahrens vom 15.02.2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Beratungsverfahren zur enteralen Ernährung abgeschlossen. Der Beschluss wird nun dem üblichen Verfahren entsprechend zunächst dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Rahmen seiner Rechtsaufsicht zur Prüfung vorgelegt. Nach erfolgter Zustimmung würde der Beschluss in Kraft treten und veröffentlicht werden.

Geht es nach der Vorlage des G-BA, werden sich die Krankenkassen weitgehend aus der Finanzierung der enteralen Ernährung zurückziehen. Bisher kann der Arzt enterale Nahrung verordnen, wenn dies (zum Beispiel wegen Mangelernährung) indiziert ist. Die bisherige Richtlinie soll ersetzt werden durch eine umfangreiche Fassung, die die künftig zu beachtenden allgemeinen Vorgaben und Verordnungsvoraussetzungen darstellt. Hierbei überwiegen deutlich die Fälle, in denen die Verordnungsfähigkeit von enteraler Ernährung verneint wird.

In der Beschlussfassung wird unterschieden zwischen allgemeinen Gründen für die Verordnungsfähigkeit und speziellen Diagnosen bei denen unter spezifischen Voraussetzungen verordnet werden darf. Allgemeine Verordnungsfähigkeit liegt vor bei schweren Bewusstseinsstörungen, vollständigen Störungen der Schluckfunktion, tracheoösophagealen Fisteln sowie Passage- und mobilitätsbedingten Störungen der normalen Nahrungsaufnahme (z.B. Tumore im Mund). Als spezielle Indikationen werden 23 Diagnosen benannt, von denen nur bei Mukoviszidose, Aids und präfinalen Krankheitsstadien unter bestimmten Voraussetzungen die Verordnung zulässig ist. Teilweise soll Sondennahrung nur dann verordnungsfähig sein, wenn der Patient oder Heimbewohner einen Body-Maß-Index < 21 hat. Der BMI allein ist jedoch nicht geeignet, eine Mangelernährung festzustellen. Das würde bedeuten, dass viele normalgewichtige Betroffene (Ideal-BMI 20 bis 25) einen sehr großen Gewichtsverlust erleiden müssten, um die Voraussetzung zu erfüllen. Bei den übrigen 20 Erkrankungen genügt die Primärdiagnose nicht, sondern es müssen andere Voraussetzungen und Indikationen hinzukommen, die die medizinische Notwendigkeit begründen und die Verordnung zulassen. Bei Krankheiten, die nicht aufgeführt sind, muss der Arzt die Verordnungsfähigkeit prüfen.

Obwohl künstliche Ernährung von Patienten in erster Linie darauf abzielt, Mangelernährung mit Krankheitswert zu beheben, will der Bundesausschuss zukünftig ausdrücklich vorsehen, dass das Vorliegen einer Mangelernährung allein keine Verordnungsfähigkeit von enteraler Ernährung begründet. Vielmehr müsse wissenschaftlich belegt werden, dass enterale Ernäh-

rung wie ein Medikament nachweisliche Wirkungen auf einen bestimmten Krankheitsverlauf, die Lebensqualität oder Sterblichkeit hat, damit sie als „medizinisch notwendig“ bezeichnet werden könne.

Bereits im vergangenen Jahr hatte sich der bpa an den G-BA gewandt und gefordert, dass enterale Ernährung mit Sondennahrung bereits dann indiziert sei, wenn ein Patient eine klinisch relevante, behandlungsbedürftige Mangelernährung beziehungsweise Untergewicht habe. Nur auf diese Weise könne auch aus ernährungswissenschaftlicher, ethischer und ökonomischer Sicht der Gefahr einer Mangelernährung wirksam begegnet werden. Wenn Patienten nicht in einem angemessenen Ernährungszustand gehalten werden, würden sich die Heilungschancen wesentlich verschlechtern und letztlich die Versorgungskosten zu Lasten der Solidargemeinschaft drastisch erhöhen. Der Ansatz, den steigenden Kosten in der GKV entgegenzuwirken, würde durch die beabsichtigte Änderung konterkariert werden.

**Für die konkret betroffenen Heimbewohnerinnen bedeutet dies, dass entweder auf die einzelnen Heimbewohner deutlich höhere Kosten zukommen würden oder deutlich höhere Kosten für den Heimentgeltanteil „Unterkunft und Verpflegung“ anfallen würden und dieser neu zu verhandeln wäre und für alle Bewohner/innen teurer würde. Dadurch wird es noch mehr Personen geben, deren Pflege in einer Einrichtung nur mit Mitteln der Sozialhilfe finanzierbar ist. Auf jedem Fall wären auch die Sozialhilfeträger massiv von dieser Kostenverschiebung betroffen.**

## II. Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme“ (BT-Drs. 15/4135)

### 1. Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz neu eingeführten Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellen eine besondere Belastung dar; insbesondere für chronisch Kranke, Pflegebedürftige und damit mehrfach belastete Patienten. In diesen Fällen ist sowohl der finanzielle Umfang als auch die Umsetzung der Zuzahlungsregelungen höchst problematisch. Besonders betroffene Personengruppen sind Sozialhilfeempfänger in stationären Pflegeeinrichtungen und chronisch Kranke, die verbunden mit einer Pflegebedürftigkeit der häuslichen Krankenpflege bedürfen.

#### a) Zuzahlungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege

Die Zuzahlungen zur häuslichen Krankenpflege haben sich nach Ansicht des bpa als kontraproduktiv erwiesen, da sie die Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege erschweren und somit den **Aufbau eines ambulanten krankenpflegerischen Versorgungssystems als Alternative zur Krankenhausversorgung gefährden**. Dieses ist mit den Zielen des GMG nicht vereinbar und angesichts der begonnenen Umsetzung der DRG umso unverständlicher.

#### Vorrang der ambulanten Versorgung vor der Krankenhausversorgung

Ziel des GMG ist eine effektive Steuerung der finanziellen Mittel und gleichzeitig eine Beseitigung von Fehlversorgung im Gesundheitswesen. Ein zentraler Grundsatz zur Umsetzung lautet **ambulante Versorgung vor stationärer Krankenhausversorgung**: soviel ambulante Versorgung wie möglich, z.B. über Hausärzte, Integrationsversorgung und ambulante Operationen. Die neue Krankenhausvergütung (DRG) wird die Verweildauern drastisch verkürzen, was eine entsprechende pflegerische ambulante Nachsorge erfordert.

Zudem verlangt § 39 Abs. 1 Satz 3 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 at Home“ nach ambulanten Operationen als effiziente vorrangige Leistung greift. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Zuzahlungen zur häuslichen Krankenpflege rückgängig gemacht werden und muss der Vorrang häuslicher Krankenpflege ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen werden. Zumindest muss, gemäß dem Vorrang der ambulanten Versorgung, die Zuzahlung in der häuslichen Krankenpflege im Verhältnis zum deutlich geringeren maximalen Zuzahlungsbetrag bei einem Krankenhausaufenthalt angepasst werden. Hierdurch lassen sich Fehlsteuerungen und falsche Anreize vermeiden.

#### Mehrfachbelastungen von Patienten in der häuslichen Krankenpflege

Der bpa bewertet die Zuzahlungen zu Leistungen in der häuslichen Krankenpflege besonders kritisch, weil sie aus seiner Sicht Patienten betreffen, die bereits vielfältig eigene finanzielle Beiträge zu ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung beitragen. Diese Pa-

tienten müssen nicht nur – analog wie bei den Zuzahlungen für Heimbewohner – aufgrund des Teilkaskocharakters der Pflegeversicherung dort eigene Beiträge entrichten, sondern sie werden auch durch die diversen Zuzahlungen belastet. Aufgrund der Notwendigkeit vermehrter Leistungsanspruchnahmen dieser Patienten müssen deshalb vielfältige Zuzahlungen geleistet werden. So fallen diese nicht nur bei der häuslichen Krankenpflege, sondern auch im Krankenhaus, beim Arzt, beim Krankentransport, in der Apotheke usw. an. Viele Pflegekräfte in den Einrichtungen des bpa berichten, dass finanziell schwache Patienten überlegen, auf dringend medizinisch-pflegerisch erforderliche Leistungen zu verzichten. Verstärkt wird dies offenbar auch von Angehörigen unterstützt.

Um für diese finanziell mehrfach belasteten Patienten ein Signal zu setzen, sollte deshalb auf die Zuzahlungen zur häuslichen Krankenpflege verzichtet werden, **zumindest aber muss der Gesetzgeber klarstellen, dass die Zuzahlungen wie im Krankenhaussektor auf maximal 28 Tage begrenzt sind.**

Dieses umso mehr, als es – anders beispielsweise als im Krankenhaus oder bei den Medikamenten – hier zu keinen nennenswerten Einnahmeausfällen der Krankenkassen kommen würde. Vor dem Hintergrund des Verwaltungsaufwandes, der im Zusammenhang mit der Erhebung der Zuzahlungen entsteht, geht der bpa davon aus, dass die Kosten für die Krankenkassen deutlich höher sind als die Erträge für die Zuzahlungen. Der Anteil der häuslichen Krankenpflege an allen Ausgaben der GKV im Jahr 2003 betrug nur 1,16 %. Sollte also auf die Zuzahlungen zur häuslichen Krankenpflege aus sozialen aber auch ökonomischen Erwägungen verzichtet werden, wäre dieses **ein großes Signal mit Kosteneinsparungen.**

Zumindest sollte hinsichtlich der Zuzahlung der Ordnungsgebühr von 10 € klargestellt werden, dass diese nach maximal 28 Tagen endet. Der bpa vertritt die Auffassung, dass diese **10 € eine Zuzahlung im Sinne des § 37 Abs. 5 SGB V sind und damit eindeutig der 28-Tage-Regelung unterliegen.** Ziel und Zweck dieser Regelung ist es, den Vorrang der häuslichen Krankenpflege zur Krankenhausversorgung (vgl. § 39 SGB V) abzusichern. Eine weitere Zuzahlung der Ordnungsgebühr – die im Übrigen eine Zuzahlung zu einer ärztlichen und nicht einer pflegerischen Leistung ist – über die 28 Tage hinaus läuft dem ambulanten Vorrang des Gesetzes zuwider: Die Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege sollen geringer sein als die Zuzahlungen zur Krankenhausversorgung. Die Krankenkassen verlangen aber über die 28 Tage hinaus auch weiterhin 10 € Ordnungsgebühr vom Patienten. Die Zuzahlung über 28 Tage hinaus führt zu einer im Verhältnis zur Leistungsauszahlung unverhältnismäßig hohen Dauerbelastung. **Hier bedarf es der Klarstellung, damit Patienten, die häusliche Krankenpflege erhalten, nicht benachteiligt sind gegenüber Patienten, die eine Krankenhausversorgung benötigen. Der Wille des Gesetzgebers war es, die Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege auf 28 Tage zu beschränken. Dieses muss für die Ordnungsgebühr klargestellt werden.**

#### Änderungsvorschlag:

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

#### **b) Zuzahlungen für sozialhilfebedürftige Heimbewohner**

Die seit dem 01.01.2004 fälligen Zuzahlungen müssen sozialhilfebedürftige Heimbewohner aus dem Barbetrag nach § 35 Abs.2 SGB XII der Pflegebedürftigen beziehungsweise Behin-

dernten in Heimen bestritten werden. Die Höhe der Zuzahlungen beläuft sich auf 1 % (bei chronisch Kranken) beziehungsweise 2 % des Eckregelsatzes nach dem SGB XII, mithin derzeit ca. 35,00 € beziehungsweise ca. 70,00 €.

Bereits dies ist aus Sicht des bpa unverhältnismäßig, da der Barbetrag ausschließlich zur Deckung der persönlichen Bedürfnisse des täglichen Lebens gedacht ist, zu denen die Zuzahlung zu erforderlichen Arztbesuchen, den Medikamenten und Heilbehandlungen keinesfalls gehören können.

Die Zuzahlungsgrenze haben zahlreiche Heimbewohner bereits im Januar überschritten und damit einen Anspruch auf Ausstellung eines Befreiungsbescheides. Ein solcher konnte in der Vergangenheit aber zeitnah nicht erteilt werden, da hierfür zunächst ein aufwändiges Verwaltungsverfahren bei den Krankenkassen durchgeführt werden musste.

Neben den finanziellen Belastungen durch die Zuzahlungen führte auch die praktische Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen zu erheblichen Schwierigkeiten. Zahlreiche Bewohnerinnen und Bewohner überblicken nicht den Rahmen der von ihnen zu leistenden Zuzahlungen. Vielen ist nicht klar, wie viele Zuzahlungen sie zu leisten haben, wann sie davon befreit sind und wie das Verfahren bei der Zuzahlungsbefreiung gestaltet ist. Darüber hinaus hatten die Zuzahlungen für Heimbewohner auch bei den Pflegeeinrichtungen für großen bürokratischen Aufwand gesorgt. So hatten die Krankenkassen nicht selten versucht, das Inkasso bei den Zuzahlungen auf die Einrichtungen zu übertragen.

Der bpa begrüßte daher ausdrücklich die Neuregelung in §§ 35 Abs.3 u.4, 37 Abs.2 S.2 SGB XII, wonach der Träger der Sozialhilfe den auf den Leistungsberechtigten entfallenden Zuzahlungsbetrag darlehensweise übernimmt und direkt an die zuständige Krankenkasse auszahlt. Hierbei handelt es sich um eine pragmatische Lösung, die sowohl den Hilfeempfängern als auch den Pflegeeinrichtungen zu Gute kommt. In der Regel wurden auch trotz der sehr knappen Zeit pragmatische Regelungen zur Umsetzung gefunden, wenngleich in wenigen Regionen die Umsetzung schlicht unterlaufen wurde. Trotzdem steht der Verwaltungsaufwand aus unserer Sicht in keinem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen.

Unverständlich ist die Zurückhaltung vieler Krankenkassen in Hinsicht auf eine Vorauszahlungsmöglichkeit auch für Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Aus den Heimen wird einhellig berichtet, dass die Zuzahlungsregelung ständig zu sehr belastenden Diskussionen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Heimleitung führt. Dies ist auch darin begründet, dass die verbleibende Höhe des Barbetrags aus unserer Sicht nicht mehr ausreicht, um die notwendigen alltäglichen Anschaffungen auch zu finanzieren.

Der bpa setzt sich aus den vorstehend aufgeführten Gründen weiter für eine Befreiung von Heimbewohnern von den Zuzahlungen zur gesetzlichen Krankenversicherung ein, zumindest jedoch die Ausnahme der sozialhilfebedürftigen Heimbewohner von der Zuzahlung. Nach Einschätzung des AOK Bundesverbandes würde eine generelle Befreiung der Barbetragsempfänger lediglich Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung von 8 bis 9 Millionen € zur Folge haben. Angesichts der Gesamtausgaben von ca. 140 Mrd. € (2003) sind diese Mehrausgaben aus Sicht des bpa zu akzeptieren.

## **2. Der bpa befürwortet die Wiedereinführung des erhöhten Barbetrages für Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen, die mit eigenem Einkommen maßgeblich zu den Kosten beitragen.**

Der bpa setzte sich für eine Wiedereinführung der alten Regelung zum erhöhten Barbetrag ein. Hierfür gibt es zwei vorrangige Gründe. Einerseits halten wir es für sinnvoll, frühzeitige eigene Vorsorge durchgehend zu unterstützen. Andererseits reicht die jetzige Höhe des Barbetrags offenbar nicht aus, um hieraus die notwendigen Anschaffungen auch bestreiten zu können.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei sozialhilfeberechtigten Heimbewohnern um eine der gesellschaftlich schwächsten Gruppen handelt, vertritt der bpa die Ansicht, dass diesem Personenkreis der zusätzliche Barbetrag insgesamt erhalten bleiben sollte. Insoweit wird der ursprüngliche Gedanke der Streichung des zusätzlichen Barbetrages zur Erreichung einer Gleichbehandlung von Sozialhilfeberechtigten in und außerhalb von Einrichtungen nicht geteilt. Die bisherige BSHG-Regelung hat weder zu sozialem Unfrieden geführt, noch war die angebliche „Privilegierung“ der Gruppe der pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger gesellschaftlich unverkraftbar. Des weiteren darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass bei der Gruppe derjenigen Heimbewohner, die nach dem 01.01.2005 entsprechende Sozialhilfeleistungen in Anspruch nimmt und nicht unter die Bestandsschutzregelung fällt, jahrzehntelang erbrachte eigene Vorsorgeleistungen nicht gewürdigt würden.

### 3. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

Das GMG hat im § 37 Abs. 2 SGB V den Rechtsanspruch auf Behandlungspflege um das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 ergänzt. Mit dem 1. Januar 2004 ist dadurch das so genannte Kompressionsstrumpfurteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30. Oktober 2001 korrigiert und die Patientinnen und Patienten haben wieder Rechtssicherheit bei dieser Leistung. Dieses hat der bpa ausdrücklich begrüßt.

Allerdings hat sich in der Praxis gezeigt, dass die durch das GMG getroffene Regelung nicht ausreichend ist. Viele Krankenkassen lehnen nach wie vor weitere ärztlich verordnete krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen ab und versuchen, diese der Pflegeversicherung zuzuordnen. Davon betroffen sind **die Schmerzmedikation, das Sekretabsaugen, Einreibungen, Einläufe/ Klistier/ Enddarmausräumung sowie Pflege und Wechsel der Trachealkanüle.**

Wie auch schon vor dem 1. Januar 2004 verweisen die Krankenkassen in den Anschreiben an die Versicherten dabei auf das o.g. Urteil des BSG und behaupten, diese Leistungen seien Bestandteil der Pflegeversicherung und könnten nicht von der Krankenkasse übernommen werden.

Damit ist das von den Bundestagsfraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/ Die Grünen beabsichtigte Ziel der Klarstellung in § 37 Abs. 2 SGB V nicht vollständig erreicht worden. In dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages vom 25.09.2003 (Drs. 15/1600), in dem die Änderungen an § 37 Abs. 2 SGB V begründet werden, führen die genannten Fraktionen aus:

**„Mit der Regelung werden die Zweifelsfragen, die in der Praxis nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom Oktober 2001 aufgetreten sind und die zu teilweise erheblichen finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege geführt haben, zugunsten der Betroffenen geklärt.“**

Diese von allen das GMG tragenden Parteien gewünschte Klärung wird durch die Ablehnungspraxis einiger Krankenkassen konterkariert und hat entsprechende finanzielle Folgen für die Versicherten.

Aufgrund dieses Vorgehens der Krankenkassen kann nach wie vor – je nach Leistung – zwischen 50 und 80 Prozent des Sachleistungsbudgets der Pflegeversicherung verbraucht werden für Leistungen, die von der Krankenversicherung zu finanzieren wären. Damit wird das **Äquivalenzprinzip ausgehebelt**: Der Versicherte, der jahrelang Beiträge zur Krankenversicherung geleistet hat, erhält diese Leistungen nicht mehr, nur weil er gleichzeitig auch pflegebedürftig ist. Nicht-Pflegebedürftige sowie Pflegebedürftige, die ausschließlich das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen verordnet bekommen haben, sind besser gestellt, da hier die Krankenkassen unstreitig diese Leistungen weiter wie vor dem BSG-Urteil übernehmen.

Durch die zahlreichen Ablehnungen seitens der Krankenkassen ist es damit nicht nur zu einer finanziellen Belastung der Versicherten, sondern auch zu einer erheblichen **Rechtsunsicherheit bei den ambulanten Pflegediensten** gekommen. Zum einen sehen sich die Pflegedienste gegenüber den von ihnen versorgten Versicherten in der Leistungspflicht, auf der anderen Seite aber verweigern die Krankenkassen die Vergütung der medizinisch für notwendig erachteten und ärztlich verordneten Leistungen. Insbesondere hinsichtlich haftungsrechtlicher Fragen führte daher das Urteil zu erheblichen Unsicherheiten und Belastungen ambulanter Pflegedienste. Angesichts der äußerst engen finanziellen Spielräume hat dieses Urteil die Leistungsfähigkeit der ambulanten Pflegedienste bedrängt.

Die dargestellten finanziellen Belastungen für die Versicherten und die Rechtsunsicherheiten bei den ambulanten Pflegediensten machen hier eine Klarstellung dringend erforderlich. Deshalb sollte die **Zuordnung aller krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung abschließend geregelt werden**. Zur genauen Ausformulierung eines Gesetzesbefehls wird auf die Stellungnahme des bpa zum Pflege-Korrekturgesetz (PKG) verwiesen.