



Stellungnahme

des

**Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. –
bpa**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des
Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG),**

**Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD,
Bundestags-Drucksache 16/3100**

**Vorlegt zu den Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages am 6. und 13. November 2006**

Berlin, 1. November 2006

Einleitung

Die Koalitionsparteien haben im Koalitionsvertrag eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart. Nachdem dazu ein Eckpunktepapier veröffentlicht wurde (vgl. die bpa Pressemitteilung vom 7. Juli 2006), liegt nunmehr der Gesetzentwurf der Bundesregierung (Bundesrats-Drucksache 755/06) vor, der gleich lautend auch von den Fraktionen CDU/CSU und SPD in den Bundestag eingebracht wurde (Bundestags-Drucksache 16/3100). Zu diesem Gesetz bezieht der bpa nachfolgend Stellung.

Positive Gesamtbeurteilung – Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen im GBA noch zwingend erforderlich

Die zum Eckpunktepapier vorgenommene, grundsätzliche positive Bewertung erhält der bpa auch nach Prüfung des Gesetzentwurfs aufrecht: Der bpa begrüßt, dass eine Reihe von Perspektiven zur Verbesserung der Versorgung von Schwerstkranken und pflegebedürftigen Menschen vorgesehen sind, für die er sich im Vorfeld eingesetzt hat. Gerade angesichts der demographischen Entwicklung und der weiter ansteigenden Pflegebedürftigkeit müssen die pflegerischen Belange vermehrt vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch berücksichtigt werden. Aus Sicht des bpa leistet das GKV-WSG dazu einen Beitrag, der in die richtige Richtung geht. Durch dieses Gesetz wird die notwendige Pflegeabsicherung grundsätzlich gestärkt. Die dringende Notwendigkeit einer Reform der Pflegeversicherung bleibt davon unberührt.

Um die insbesondere in der Gesetzesbegründung genannten Ziele für diesen Personenkreis tatsächlich zur Entfaltung zu bringen, hält es der bpa für zwingend, die Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) qualifiziert zu beteiligen.

§ 11 SGB V:

Lösung von Problemen beim Übergang in verschiedene Versorgungsformen

Artikel 1, Nummer 7, S. 13

Grundsätzlich wird die beabsichtigte Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche begrüßt. Da durch diese Regelung insbesondere Pflegebedürftigkeit vermieden werden soll (s. Begründung), sollten Pflegeeinrichtungen – insbesondere hinsichtlich der Überleitung aus dem Krankenhaus – durch eine gezielte Beauftragung stärker mit einbezogen werden.

Änderungen werden begrüßt; Ergänzungsbedarf.

Der bpa verweist darauf, dass die in der Begründung vorgenommene Verpflichtung der Leistungserbringer („Die jeweiligen Leistungserbringer ... haben ... eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sicherzustellen.“) nicht dazu führen kann, hier den Sicherstel-

lungsauftrag der Krankenkassen gem. § 72 Abs. 1 SGB V in Frage zu stellen. Vielmehr sollte der auch in der Begründung enthaltene Hinweis, dass „Leistungserbringer und gesetzliche Krankenkassen“ für reibungslose Übergänge sorgen sollen, auch im Gesetz selbst entsprechend zum Ausdruck kommen, um die gemeinsame Verantwortung zu verdeutlichen.

§ 20 a – d SGB V:

Prävention

Artikel 1, Nummer 12, S. 14 ff.

Der bpa begrüßt, dass der Umfang der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten besondere Bedeutung zukommen soll. Der bpa geht aber davon aus, dass diese Änderungen nur ein Zwischenschritt sind und dass ein Präventionsgesetz folgt, das die Prioritäten auf wesentliche Zielgruppen wie chronisch Kranke und Pflegebedürftige setzt. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die prophylaktischen Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu nennen. Hierzu verweist der bpa wir auf seine Stellungnahme zum Präventionsgesetz (<http://www.bpa.de/31.html>).

Änderungen werden begrüßt.

§ 33 SGB V:

Hilfsmittel

Artikel 1, Nummer 17, S. 19 ff.

Derzeit werden Hilfsmittel – insbesondere Rollstühle – für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) nur noch von der Krankenkasse übernommen, wenn sie entweder der medizinischen Behandlung dienen oder die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern. Das BSG hat in einer Entscheidung vom 24.07.2004 zu Hilfsmitteln, hier zur Frage der Möglichkeit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, verlangt, dass Bewohner noch in der Lage seien müssen, aktiv am gesellschaftlichen Leben (in der Einrichtung) teilzunehmen. Könnte ein Bewohner nur noch passiv reagieren, sei er gleichsam „Objekt der Pflege“ und habe keinen Anspruch gegen die Krankenkasse. Der Heimträger hätte den nur noch der Erleichterung der Grundpflege dienenden Rollstuhl dann als eigenes Inventar vorzuhalten, die Finanzierung würde erfolgen über die Pflegesätze beziehungsweise die Investitionszuschläge nach dem SGB XI und SGB XII. Mit der beabsichtigten Einfügung des neuen Satzes 2, wonach der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich insbesondere nicht davon abhängt, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist, wird dieses korrigiert. Gerade vor dem Hinter-

Änderungen werden begrüßt.

grund der in letzter Zeit zunehmenden Anzahl von – oft entwürdigenden – Rechtsstreitigkeiten, inwieweit Versicherte noch aktiv am Gemeinschaftsleben teilnehmen oder nicht, ist diese Änderung ausdrücklich zu begrüßen. So hat der bpa in der Vergangenheit wiederholt darauf hingewiesen, dass beispielsweise die Ablehnung der Kostenübernahme für Rollstühle bei Demenzkranken schlichtweg unerträglich und diskriminierend ist.

§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V:

Definition Haushalt

Artikel 1, Nummer 22 a) und b) aa), S. 23

Der bpa begrüßt es sehr, dass hier der Haushaltsbegriff präzisiert werden soll. Damit wird für Patienten, die in neuen Wohnformen leben, eine Gleichbehandlung mit Patienten, die in ihrer eigenen Häuslichkeit Krankenpflege erhalten, erzielt.

Änderungen werden begrüßt; Ergänzungsbedarf.

Kritisch bewertet wird aber das in der Begründung genannte Beispiel bei der Versorgung von Patienten in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Diese Regelung soll es ermöglichen, nur nicht pflegebedürftige Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung mit Leistungen gem. § 37 SGB V zu versorgen. Der bpa begrüßt diese Verbesserung für die nicht Pflegebedürftigen, setzt sich aber zugleich dafür ein, diese Leistung auch für pflegebedürftige Patienten zu ermöglichen.

Dieses ist aus Sicht des bpa zwingend, um dem Zweck der Regelung Rechnung zu tragen. Denn das Ziel dieser Regelung ist es, die „vorschnelle stationäre Einweisung“ ins Krankenhaus zu vermeiden, so die Gesetzesbegründung. Ob der Patient aber einen Krankenhausaufenthalt vermeiden kann oder nicht, darf nicht davon abhängen, ob er pflegebedürftig ist oder nicht. Die derzeit vorgesehene Regelung würde aber dazu führen, dass Pflegebedürftige schlechter gestellt würden als nicht Pflegebedürftige. Daher sollte in der Gesetzesbegründung explizit darauf hingewiesen werden, dass zur Krankenhausvermeidung auch Pflegebedürftige einen Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 1 SGB V in geeigneten Pflegeeinrichtungen haben.

Über den „geeigneten Ort“ soll der Bundesausschuss entscheiden; eine Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen ist dabei aber bisher nicht vorgesehen. Diese Beteiligung ist aus Sicht des bpa aber zwingend. Dazu wird auf den Änderungsvorschlag zu § 91 Abs. 5 SGB V verwiesen. Es sollte generell den bestehenden Einrichtungen mit einer Zulassung i.d.R. gem. § 71 SGB XI die Möglichkeit der Leistungserbringung eingeräumt werden.

**§ 37 Abs. 2, Satz 1 SGB V:
verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen
Artikel 1, Nummer 22 b) aa), S. 23**

Der bpa begrüßt es, dass an dieser Stelle die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen aufgenommen werden und damit eine Forderung erfüllt wird, auf welche der bpa bereits seit dem Jahr 2004 hingewiesen hat. Insbesondere die Begründung zu dieser Regelung in Verbindung mit der Begründung zur Änderung von § 15 SGB XI erachtet der bpa als sehr schlüssig und nachvollziehbar. Der bpa bittet hinsichtlich der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen um die Beachtung seiner Ausführungen zu §§ 91 und 92 SGB V.

Änderungen werden begrüßt.

**§ 37 Abs. 2, neuer Satz 2 SGB V:
häusliche Krankenpflege für Patienten mit besonders hohem
medizinischen Bedarf an Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen
Artikel 1, Nummer 22 b) bb), S. 23**

Der bpa begrüßt, dass auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen, die auf Dauer einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten sollen. Wie sich aus der Begründung ergibt, ist hier unter anderem an Wachkoma- und Dauerbeatmungspatienten gedacht. Hintergrund ist der proportional besonders hohe Eigenanteil bei ausschließlicher Finanzierungszuständigkeit über das SGB XI. Trotz der im Rahmen dieses Gesetzentwurfs festgelegten Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege zum Leistungsspektrum des SGB XI in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, die der bpa als nicht systemkonform ablehnt, wird die hier vorgesehene Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für „schwere Fälle“ im Interesse dieses Personenkreises begrüßt. Angesichts des ständig anwachsenden Bedarfs an Behandlungspflege in Heimen ist es angebracht, diese Leistungen für die entsprechenden Patienten über die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren.

Änderungen werden begrüßt.

Der bpa bewertet es allerdings als sehr kritisch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss – der fast ausschließlich besetzt ist mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte – über die Ausgestaltung dieser Regelung entscheiden soll. Hier ist sowohl ein fiskalischer wie auch ein inhaltlicher Interessenkonflikt zu befürchten. Dieser kann nur durch eine qualifizierte Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen im GBA oder durch eine Gesetzespräzisierung aufgehoben werden (siehe dazu den Vorschlag zur Änderung von § 91 SGB V).

**§ 37 Abs. 6 SGB V:
Ermächtigung Gemeinsamer Bundesausschuss
Artikel 1, Nummer 22 c, S. 24**

Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Möglichkeit,

Ergänzungsbedarf.

- den Haushaltsbegriff in § 37 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V,
- die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (§ 37 Abs. 2, 2. Halbsatz SGB V) und
- die häusliche Krankenpflege für Dauerbeatmete u.ä. in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 37 Abs. 2, neuer Satz 2 SGB V)

näher zu bestimmen. Nach Ansicht des bpa ist dieses nur dann eine systemkonforme Regelung, wenn eine Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an der Erstellung dieser Richtlinie – die über eine Stellungnahme oder Anhörung hinausgeht – gewährleistet ist (vgl. auch die Ausführungen zu § 91, § 92 und § 132 d SGB V).

**§ 37 b SGB V:
spezialisierte Palliativversorgung
Artikel 1, Nummer 23, S. 24 f.**

Grundsätzlich begrüßt der bpa diese Regelungen, die die Palliativversorgung verbessern und einen neuen Leistungsanspruch für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verankern.

Änderungen werden begrüßt.

Aus systematischen Gründen ist aus Sicht des bpa eine Aufnahme der Palliativversorgung auch noch in den Katalog der vertragsärztlichen Versorgung in § 73 Abs. 2 SGB V als neue Nummer 13 erforderlich.

Ergänzungsbedarf

**§ 37 b Absatz 1 SGB V:
Palliativversorgung: Anspruchsberechtigte und Genehmigungspflicht
Artikel 1, Nummer 23, S. 24 f.**

Allerdings hält der bpa die Definition des anspruchsberechtigten Personenkreises für deutlich zu eng gefasst. Damit dürfte nur ein ganz kleiner Teil der sterbenden Menschen Anspruch auf ambulante Palliativversorgung erhalten – insbesondere wenn die Konkretisierung zu

Änderungsbedarf.

den Leistungsberechtigten und deren Leistungsvoraussetzungen erst im Rahmen der Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt.

Darüber hinaus suggeriert die vorgesehene Genehmigungspflicht eine zusätzliche, unzweckmäßige Leistungsbeschränkung, die sterbende Menschen schlechter stellen würde als Personen, denen häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V verordnet wurde.

Da § 73 Abs. 2 SGB V klarstellt, dass der Arzt „als Beliehener“ der Krankenkassen eine Leistung verordnet und anschließend die Krankenkassen die formalen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die inhaltliche Prüfung nach § 275 SGB V vornehmen kann, dürfte ein Hinweis hierauf in der Begründung ausreichen. Eine ausdrückliche Nennung des Genehmigungsvorbehaltes im Gesetzestext erweckt den Eindruck, hier solle von der bestehenden Rechtslage abgewichen werden. Um dieses zu vermeiden, sollte auf die Genehmigungspflicht verzichtet werden.

Dieses ist auch aus einem weiteren Grund notwendig. Denn gerade wenn sichergestellt werden soll, dass kein Zeitverzug bei der Inanspruchnahme dieser Palliativleistungen entsteht (so die Begründung), ist die vorgesehene Genehmigungspflicht nicht zielführend. Es muss vielmehr gewährleistet sein, dass gerade bei Patienten in dieser Akutsituation die ärztliche Verordnung unmittelbar umgesetzt wird. Sollte hier ein spezieller Genehmigungsvorbehalt gemeint sein, hätte dieses zur Folge, dass mit der Leistung erst begonnen werden könnte, wenn diese genehmigt wäre. In diesem Zusammenhang wäre eine Ermächtigung des Krankenhausarztes geradezu widersinnig, da dieser zwar die Leistung verordnen darf, aber die Versorgung des Patienten, der aus dem Krankenhaus entlassen wird, erst sichergestellt ist, wenn die Verordnung durch die Krankenkasse genehmigt ist.

Änderungsvorschlag:

Die Genehmigungsvorbehalt in § 37 b SGB V ist zu streichen.

Ergänzend weist der bpa darauf hin, dass aus seiner Sicht auch der Genehmigungsvorbehalt in der häuslichen Krankenpflege (gem. Ziffer I. Nr. 19 der Richtlinie häusliche Krankenpflege) gestrichen werden sollte.

§ 37 b SGB V Absatz 2:**Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen****Artikel 1, Nummer 23, S. 24 f.**

Stationäre Pflegeeinrichtungen übernehmen bereits heute einen erheblichen Anteil der palliativen Versorgung. In der öffentlichen Diskussion wird dieses leider nicht ausreichend zur Kenntnis genommen. Deshalb begrüßt es der bpa ausdrücklich, dass durch die Gesetzesänderung auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung erhalten. Damit wird der tatsächlichen Versorgungssituation Rechnung getragen, denn trotz der Ausweitung der Hospizversorgung werden palliativpflegerische Leistungen auch weiterhin in hohem Umfang in stationären Pflegeeinrichtungen erforderlich sein.

Änderungen werden begrüßt.

In der Begründung zu § 37 b Absatz 2 Satz SGB V (S. 303, Drs. 16/3100) wird in Satz 4 bei einer Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen durch eigenes Personal als Voraussetzung die Beschäftigung eines auf Palliativmedizin spezialisierten Arztes oder eine Kooperation mit einem solchen festgeschrieben. Diese Anforderung ist aus Sicht des bpa zu weitgehend und würde in der Praxis eine erhebliche Einschränkung dieser Leistung bedeuten. Die Beschäftigung eines eigenen Palliativarztes wird für die meisten Einrichtungen nicht zu leisten sein, weil eine entsprechende Finanzierung nicht ausreichend gewährleistet ist. Auch hinsichtlich der Kooperation mit Palliativärzten als Voraussetzung für die Leistungserbringung sieht der bpa erhebliche Schwierigkeiten, da entsprechend qualifizierte Ärzte nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Dem entgegen steht aber der breite Bedarf an palliativpflegerischen Leistungen in Heimen. Hier baut die Gesetzesbegründung zu hohe Hürden auf, die erst dann erfüllt werden können, wenn in ausreichendem Maße entsprechend qualifizierte Ärzte zur Verfügung stehen. Das würde allerdings dem Ziel von § 37 b Abs. 2 zuwider laufen. Der bpa schlägt deshalb vor, Satz 4 der Begründung auf S. 303 zu streichen oder zu konkretisieren.

§ 37 b Absatz 3 SGB V:**Palliativversorgung; GBA****Artikel 1, Nummer 23, S. 24f.**

In diesem Absatz wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ermächtigt, das Nähere über die Leistungen der Palliativversorgung zu regeln. Der bpa verweist erneut darauf (s.o. die Ausführungen zu § 37 Abs. 6 SGB V), dass dabei eine Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gewährleisten ist, die in § 91 SGB V entsprechend festzulegen ist.

Klarstellung erforderlich.

**§ 40 SGB V:
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Artikel 1, Nummer 26, S. 25 f.**

Der bpa hat sich seit langem dafür eingesetzt, dass die medizinische Rehabilitation ausgebaut und ein Rechtsanspruch für Versicherte, insbesondere für Alte und Pflegebedürftige, festgeschrieben wird. Der bpa begrüßt daher die Klarstellung, dass ein Anspruch auf wohnortnahe mobile Rehabilitation eingeführt werden soll. Auch das erweiterte Wahlrecht der Versicherten findet die Zustimmung des bpa. Dieses ist ein gutes Instrument, um ein entsprechendes flächendeckendes Leistungsangebot zur Entfaltung zu bringen.

Änderungen werden begrüßt. Klarstellungsbedarf.

Nach Ansicht des bpa muss besonders der finanzielle Rahmen der Krankenkassen bei der Ausgestaltung dieser Leistung betrachtet werden. Da die Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen mit der Gesetzesänderung auf Dauer in der Pflegeversicherung bleibt, werden die Krankenkassen von entsprechenden finanziellen Belastungen verschont. Sie sollen „dafür im Gegenzug ihre Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit“ entsprechend verbessern, so die Gesetzesbegründung (zu § 41 SGB XI, S. 529 Drs. 16/3100). Veranschlagt man für die Kosten der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen einen Betrag von 170 Euro, ergäbe dieses bei 640.000 Pflegebedürftigen in Heimen einen Betrag von über 1 Milliarde Euro. Damit wird zum einen deutlich, welche Belastung zukünftig von der Pflegeversicherung übernommen wird. Zum anderen bedeutet diese enorme Entlastung für die Krankenversicherung auch zugleich eine entsprechende Verpflichtung der Krankenkassen, den Versicherten Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu gewähren und die Pflegeeinrichtungen entsprechend in die Leistungsgewährung einzubeziehen.

Dringenden Klarstellungsbedarf sieht der bpa bei der Frage nach der Zulassung der Leistungserbringer für die mobilen Rehabilitationsleistungen. Bisher bezieht sich § 40 Abs. 1 SGB V auf Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht oder auf wohnortnahe Einrichtungen, für die i. d. R. die Voraussetzungen in Anlehnung an § 111 SGB V zutreffen. Diese Voraussetzungen, insbesondere die Beaufsichtigung der Durchführung der Leistung durch Ärzte, können aber von Pflegeeinrichtungen in der Regel nicht erfüllt werden. Gerade weil die Gesetzesbegründung Bezug nimmt auf die Schwierigkeiten bei der Implementierung des Leistungsangebots der mobilen Rehabilitation, sollte der Gesetzgeber unbedingt für eine Klarstellung sorgen und § 40 SGB V entsprechend ergänzen. Es bedarf der Feststellung, dass für die mobilen Rehabilitationseinrichtun-

gen bei der Leistungserbringung nach § 40 und § 40 a SGB V die Voraussetzungen gem. § 111 SGB V nicht gelten und analog § 132 a SGB V ein Vertrag über die Erbringung der mobilen Rehabilitation abzuschließen ist bzw. eine Zulassung gem. § 72 SGB XI vorliegen muss. Der bpa schlägt deshalb folgende Regelung vor:

„26. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „in wohnortnahen Einrichtungen“ durch die Wörter „durch wohnortnahe Einrichtungen, insbesondere durch Leistungserbringer, die einen Vertrag analog § 132 a Abs. 1 und 2 SGB V abgeschlossen haben, oder durch zugelassene Pflegeeinrichtungen gem. § 71 SGB XI.“

§ 40 a SGB V:

Geriatrische Rehabilitation

Artikel 1, Nummer 27, S. 26

Hinsichtlich der bisherigen Schnittstellenproblematik zwischen Rehabilitation und Pflege begrüßt der bpa, dass die große Koalition ihrem Anspruch aus dem Koalitionsvertrag in den wichtigsten Punkten nachkommen will. Der bpa hat sich unter anderem in seinem Positionspapier „Zur Zukunft der Pflegeversicherung“ (<http://www.bpa.de/29.html>) für den Ausbau der geriatrischen Rehabilitation und den Vorrang der Rehabilitation eingesetzt. Der bpa begrüßt daher die beabsichtigte Verankerung in § 40 a SGB V. Dieses ist ein wichtiger Schritt, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern und die Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten. Dass auch stationäre Pflegeeinrichtungen in die Leistungserbringung einbezogen werden, ist nach Ansicht des bpa zwingend und folgerichtig.

Änderungen werden begrüßt.

§ 91 SGB V:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Artikel 1, Nummer 61, S. 62 f. und Artikel 2 Nummer 14, S. 155 ff.

Durch den vorliegenden Gesetzesentwurf werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss in erheblichem Umfang zusätzliche Kompetenzen zur Ausgestaltung der krankenpflegerischen Leistungen zugestanden. Dieses bezieht sich auf folgende Leistungen und Bereiche:

Dringender Änderungsbedarf.

- Festlegung gem. § 37 Abs. 6 SGB V, in welchen Fällen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V auch außerhalb des Haushalts erbracht werden können.
- Definition der Leistungsberechtigten und der Leistungsinhalte

- nach § 37 Abs. 2 in Verbindung mit § 37 Abs. 6 SGB V für Heimbewohner mit hohem Behandlungspflegebedarf
- Festlegung der Einzelheiten, Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (gem. § 37 Abs. 6 SGB V)
 - Ausgestaltung der Palliativversorgung gem. § 37 b SGB V

Besonderes Gewicht erhält die Ausgestaltung dieser Leistungsbereiche zusätzlich durch die Streichung der Bundesrahmenempfehlung in § 132 a Abs. 1 SGB V. Damit wird das Partnerschaftsmodell in der häuslichen Krankenpflege aufgekündigt und es besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen alleine über die Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege bestimmen, ohne dass die Leistungserbringer in Form der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen daran beteiligt sind. Andere Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser und Psychotherapeuten wirken wie selbstverständlich im GBA mit. Es ist daher systemkonform bei bestimmten Richtlinien, die sie betreffenden Leistungserbringer einzubeziehen. Daher fordert der bpa nachdrücklich eine qualifizierte Mitwirkungsmöglichkeit der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein.

Der bpa schlägt deshalb folgende Änderung vor:

„61. § 91 Absatz 5 wird wie folgt ergänzt:

Satz 3:

Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 und Nr. 14 sowie nach § 92 Abs. 7 wirken anstatt des Vertreters der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der vier Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vertreter der berufsständischen Organisationen der Pflege und vier Vertreter der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen mit.“

§ 92 Abs. 7 SGB V:

Gemeinsamer Bundesausschuss: Verordnung häuslicher Krankenpflege im Krankenhaus

Artikel 1, Nummer 62, S. 63 f.

Eine Ermächtigung des Krankenhausarztes zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist zur Beseitigung von Schnittstellenproblemen zielführend und vom bpa immer wieder gefordert worden.

Allerdings sind die in der Begründung genannten drei Tage eine zu kurze Frist. Bei Krankenhausentlassungen müsste kurzfristig zur Weiterversorgung i.d.R. ein Hausarztbesuch erfolgen, um die Versorgung des Patienten durch eine Folgeverordnung des Vertragsarztes sicher-

Änderungen werden begrüßt; Klärstellung erforderlich.

zustellen. Gerade bei der beabsichtigten Vermeidung von Schnittstellenproblemen sollte durch die zu kurze Frist von drei Tagen keine neue Hürde aufgebaut werden. Der bpa schlägt daher eine Frist von fünf Tagen vor.

Da die Regelung hier zudem so knapp formuliert ist, dass sie missverstanden werden kann, schlägt der bpa für § 92 Abs. 7 Satz 1 Nummer 3 folgende Formulierung vor:

„die Ermächtigung des Krankenhausarztes zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und die Voraussetzungen für die Mitgabe von Arzneimitteln im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt“.

**§ 132 a Absatz 1 SGB V –
Wegfall der Bundesrahmenempfehlung
Artikel 1, Nummer 99, S. 84**

Die Bundesrahmenempfehlung wurde 1997 unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Seehofer eingeführt, um eine einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten. Ziel war es, Unterschiede bei der Qualität und den Leistungen der häuslichen Krankenpflege zum Nachteil der Versicherten zu vermeiden. Deshalb sollten die Verbände der Krankenkassen (als Kostenträger) und die Verbände der Pflegedienste (als Leistungserbringer) gemeinsam die Empfehlungen festlegen. In § 132 a SGB V wurde dieses Partnerschaftsmodell verankert. Dieses soll jetzt völlig überraschend und ohne stichhaltige Begründung aufgegeben werden.

**Dringender Ergänzungbedarf
in § 91 SGB V.**

Die Stärkung des Wettbewerbs durch die Gesundheitsreform begrüßt der bpa. Dass hierdurch die Krankenkassen die Kompetenz erhalten sollen, die Inhalte der häuslichen Krankenpflege über die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) festzulegen, hat bereits in der Vergangenheit zu erheblichen Leistungseinschränkungen geführt. Diesen haben sich die Spitzenverbände der Pflegedienste nicht unterworfen, weshalb auch keine Bundesrahmenempfehlung zustande gekommen ist. Der Bundesausschuss hat bereits die Kompetenzen der Bundesrahmenempfehlung ausgeübt. Hierdurch kam es zu diversen Rechtsstreitigkeiten, die in der Folge erhebliche Änderungen der Richtlinie häusliche Krankenpflege und insbesondere des unzureichenden Leistungsverzeichnisses zur Folge hatte. Daher fordert der bpa, dass die Spitzenverbände der Pflegedienste als gleichberechtigte Partner zu den Pflegethemen im GBA beteiligt werden und § 91 SGB V entsprechend geändert wird. Dieses ist systemkonform, da auch die anderen Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten und deren Verbände entsprechend beteiligt sind.

Der bpa sieht keinerlei Notwendigkeit für die in der Begründung angeführte „Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen“ im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Im Gegenteil besteht bereits jetzt ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Etliche Krankenkassen versuchen, den Pflegediensten einseitig Vertragsbedingungen und z.T. unwirtschaftliche Vergütungen zu diktieren. Die Pflegedienste können sich dagegen nur durch einen Gang vor das Sozialgericht wehren, was zu einer wahren Flut an Klagen geführt hat. Dieses hat auch der Gesetzgeber erkannt und mit der letzten großen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) die Schiedsperson in § 132 a SGB V verankert. Damit sollten weitere Klagen verhindert werden. Dieses war eine richtige Entscheidung und wurde vom bpa ausdrücklich begrüßt. Jetzt droht durch die Abschaffung der Bundesrahmenempfehlung erneut eine Verschiebung der Gewichte allein zugunsten der Krankenkassen – das bedeutet aber nicht zu Gunsten der Patienten, von denen sich viele mit von den Krankenkassen abgelehnten Verordnungen konfrontiert sehen. Die Abschaffung der Bundesrahmenempfehlung wäre der Ausstieg aus der Selbstverwaltung für die Pflege im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Der bpa steht für eine funktionierende Selbstverwaltung durch Mitverantwortung – aber auch Mitgestaltung. Daher muss mit der Abschaffung der Bundesrahmenempfehlung die Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss so beteiligt werden wie andere Leistungserbringer selbstverständlich auch. § 91 SGB V muss deshalb entsprechend geändert werden.

§ 132 d Abs. 1 SGB V –

Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Artikel 1, Nummer 102, S. 84 f.

Hier wird der Vertragsabschluss zwischen Krankenkassen und Einrichtungen davon abhängig gemacht, dass die Einrichtung „geeignet“ und für eine „bedarfsgerechte Versorgung“ notwendig ist.

Änderungsbedarf.

Aus Sicht des bpa darf dadurch eine flächendeckende Versorgung nicht gefährdet werden. Notwendig ist daher zu definieren, wann eine Einrichtung geeignet ist und unter welchen Bedingungen entsprechende Verträge für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind. Diese unbestimmten Rechtsbegriffe werden nach Ansicht des bpa die entsprechenden Vertragsabschlüsse verhindern, da formal – zumindest bis zur Verabschiedung einer Bundesrahmenempfehlung nach Abs. 2 – die Krankenkassen über die Zulassung allein entscheiden würden. Gerade die Erfahrungen bei der Soziotherapie oder der psychiatrischen Krankenpflege – beides Leistungen, die neu eingeführt wurden, wie es auch für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vorgesehen ist – zeigen, dass die alleinige Verankerung im

Gesetz nicht ausreichend ist, um sicherzustellen, dass die neue Leistung bei den betroffenen Patienten auch wirklich ankommt, zumal auch die Anforderungen an die Patienten, um in den Leistungsprozess zu kommen, umfassend sind (siehe § 37 b Abs. 1 SGB V).

Darüber hinaus stellt das Bundesverfassungsgericht an eine Bedarfsplanung hohe Anforderungen. Es verlangt, dass die wesentlichen Bedingungen für den Zugang des Leistungserbringers im Gesetz festgelegt werden. Diese Voraussetzung erfüllt die Gesetzesneuregelung nicht: die Festlegung der Zugangsregelung ist gesetzlich nicht geregelt und obliegt zunächst den Krankenkassen.

Hier bedarf es einer Änderung, die festlegt, wann eine Einrichtung geeignet und bedarfsgerecht ist.

§ 132 d Abs. 2 SGB V:

Bundesrahmenempfehlung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Artikel 1, Nummer 102, S. 84 f.

Der bpa begrüßt die vorgeschlagene Bundesrahmenempfehlung und die Beteiligung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene daran. Er gibt allerdings zu bedenken, dass damit eine Ausgestaltung der Leistung sowohl über die Richtlinien gem. § 92 SGB V als auch gem. § 132 d SGB V erfolgt. Sinnvoll wäre es aus Sicht des bpa, dieses zusammenzuführen.

Ergänzungsbedarf.

Unabdingbare Voraussetzung dafür ist aber in jedem Fall eine verfassungsgemäße Beteiligung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an der Erarbeitung der Richtlinie des GBA. Diese Beteiligung darf sich nicht in einem Anhörungsrecht erschöpfen, sondern bedeutet eine mit den Kostenträgern gleichberechtigte Einbeziehung.

§ 140 a ff. SGB V:

Integrierte Versorgung

Artikel 1, Nummer 120, S. 96

Der bpa hat bereits mit der Einführung der Integrierten Versorgung die Beteiligung von Pflegeeinrichtungen an dieser gefordert. Daher begrüßt der bpa die Einbeziehung der Pflegeeinrichtungen in die Integrierte Versorgung ausdrücklich.

Änderungen werden begrüßt.

§ 275 Abs. 1 a SGB V:**Umfang der angeforderten gutachterlichen MDK-Stellungnahmen durch Krankenkassen****Artikel 1, Nummer 185, S. 137**

Im Rahmen der Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege bestehen ähnliche Probleme wie im Krankenhausbereich, die den gesetzgeberischen Änderungsbedarf begründen. Die gesetzlichen Krankenkassen fordern über oder für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gem. § 275 Abs. 1 Nr. 1 regelhaft gutachterliche Stellungnahmen an. Von einzelnen Krankenkassen wird diese Prüfmöglichkeit in unverhältnismäßiger, nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt. Dieses führt zu Leistungsausgrenzungen, unnötiger Bürokratie und belastet die Arbeitsabläufe in den Pflegediensten erheblich. Hohe Außenstände und Liquiditätsprobleme, aber insbesondere eine Leistungssteuerung sind das Resultat. Hinzu kommt, dass eine zeitnahe Prüfung nicht immer gewährleistet ist. Teilweise werden weit zurückliegende Fälle geprüft. Teilweise wird auch behauptet, dass der MDK prüfen wolle, was sich aber häufig nicht bestätigt. Maßnahmen, die eine zeitnahe Prüfung sicherstellen sowie Maßnahmen, die die Einleitung von ungezielten und übermäßigen Prüfungsverfahren verhindern, sind daher bei den Pflegediensten genauso erforderlich wie bei den Krankenkassen.

Ergänzungsbedarf.

Um die vom Gesetzgeber unerwünschten Effekte auch in der häuslichen Krankenpflege zu vermeiden, wäre für diesen Leistungsbereich eine Klarstellung analog zum Krankenhausbereich als § 275 Abs. 1 d SGB V indiziert.

§ 15 SGB XI:**Berücksichtigung von Behandlungspflege****Artikel 8, Nummer 4, S. 168**

Diese Änderung entspricht den Änderungen zu den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in § 37 Abs. 2, 2. Halbsatz SGB V. Der bpa begrüßt diese ausdrücklich.

Änderungen werden begrüßt.

**§ 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 Satz; § 43 Absatz 2 und 3; § 43 a SGB XI –
Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen****Artikel 8, Nummer 11 bis 14, S. 172 f.**

Durch die Streichung der Übergangsregelung für die Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen in § 41 Abs. 2 Satz 2, in § 42 Abs. 2 Satz 2 und § 43 a SGB XI wird gesetzlich festgelegt, dass zukünftig die Behandlungspflegeleistungen auf Dauer Bestandteil der

Änderungen werden abgelehnt; Ergänzungsbedarf.

Pflegeversicherung bei stationär versorgten Pflegebedürftigen sind. Grundsätzlich lehnt der bpa diese nicht systemkonforme Regelung ab. Durch diese dauerhafte Zuordnung der Behandlungspflege in Heimen zur Pflegeversicherung werden den Krankenkassen Kosten in Milliardenhöhe erspart (s. dazu die Hinweise zu § 40 SGB V). Diese Mittel müssen von den Krankenkassen, so wie es die Gesetzesbegründung zu § 41 SGB XI vorsieht, auch tatsächlich für Rehabilitationsleistungen gem. § 40 und 40 a SGB V verwendet werden.

Insbesondere im Rahmen der **Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI** ist der Wegfall kritisch, weil es hier zu einer Ungleichbehandlung kommt. Patienten in der Kurzzeitpflege, die keine Leistungen gem. SGB XI erhalten, werden hinsichtlich der häuslichen Krankenpflege besser gestellt als Patienten in der Kurzzeitpflege, die häusliche Krankenpflege erhalten und zusätzlich Leistungen gem. SGB XI. Bei letzteren ist die häusliche Krankenpflege Bestandteil der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen und damit durch die Sachleistungsbeträge gedeckelt. Diese Deckelung greift aber nicht bei denjenigen, die in Kurzzeitpflegeeinrichtungen ausschließlich häusliche Krankenpflege erhalten.

Um Schnittstellenprobleme zu beseitigen und um Personen, die behandlungspflegebedürftig sind, aber im Krankenhaus überversorgt wären, für einen begrenzten Zeitraum zu versorgen, muss es eine Gleichbehandlung zwischen Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen geben. Pflegebedürftige, die im Zuge der Krankenhausvermeidung häusliche Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 SGB V in Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen, sollten deshalb die behandlungspflegerischen Maßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Dazu sollte zwingend die Begründung zu § 37 SGB V (siehe dort) wie vom bpa vorgeschlagen geändert werden.

§ 78 SGB XI:

Verträge zur Hilfsmittelversorgung

Artikel 8, Nummer 34, S. 177 f.

Der bpa weist darauf hin, dass die in Abs. 2 den Pflegekassen übertragene Kompetenz nicht dazu führen darf, dass alleine die Pflegekassen darüber entscheiden, inwieweit die Leistungspflicht für Hilfsmittel bei Versicherten in stationären Einrichtungen in die Zuständigkeit der Krankenversicherung fällt. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die in § 33 SGB V vorgesehene richtungsweisende Regelung nicht der Definitionsmacht der Pflegekassen wieder zum Opfer fällt. Die Versorgung mit Hilfsmitteln in stationären Pflegeeinrichtungen kann nur einvernehmlich geregelt werden unter Beteiligung der Trägerverbände und der Verbände der Sozialhilfeträger

Klärungsbedarf.

**§ 82 Abs. 1 Satz 2; § 84 Abs. 1 SGB XI:
Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen
Artikel 8, Nummer 37 und 38, S. 179**

In beiden Paragraphen wird ergänzt, dass die Vergütung für stationäre Pflegeeinrichtungen die Behandlungspflege nur insoweit umfasst, als dass „sie nicht als Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen ist“. Wenngleich der bpa eine systemkonforme Zuordnung der Behandlungspflege in den Leistungsbereich des SGB V für den richtigen Weg hält, wird diese Klarstellung begrüßt, auch wenn sie nur einen kleinen Personenkreis betreffen wird. Diese Klarstellungen tragen zur Gleichbehandlung der stationär mit ambulant versorgten Pflegebedürftigen bei. Gleichwohl ist in diesem Zusammenhang eine Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen im GBA für eine sinnvolle gemeinsame Ausgestaltung zwingend zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird auf die Änderungsvorschläge zu § 91 SGB V verwiesen.

Änderungen werden begrüßt.

**§ 92 a SGB SGB XI:
Beteiligung der Pflegeversicherung an der Integrierten Versorgung
Artikel 8, Nummer 40, S. 180 f.**

Die Einbeziehung der Pflegeeinrichtungen in die Integrierte Versorgung wird ausdrücklich begrüßt (s. o. zu § 140 a ff. SGB V). Besonders hervorzuheben sind aus Sicht des bpa die Regelungen zur Vermeidung von Kosten- oder Leistungsverchiebungen zu Lasten der Pflegeversicherung. Die vorgesehenen leistungsgerechten Zuschläge zu den Pflegevergütungen finden ebenfalls die Zustimmung des bpa.

Änderungen werden begrüßt. Ergänzungsbedarf.

**§ 5 b Absatz 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung:
Weitergabe nicht genutzter Betäubungsmittel
Artikel 34, S. 223:**

Hiernach können Betäubungsmittel, die nicht mehr benötigt werden, zum Zweck der Weiterverwendung in einem Alten- und Pflegeheim oder einem Hospiz an eine versorgende Apotheke zurückgegeben werden. Diese Regelung wird vom bpa als wirtschaftlich vernünftig begrüßt. In die Weiterverwendung sollte auch die ambulante Pflege bzw. deren Versicherte einbezogen werden.

Änderungen werden begrüßt. Ergänzungsbedarf.

Berlin, 1. November 2006
Bernd Meurer
(Präsident)