

**Dr. Joachim Wilbers**

**Stellungnahme zum**

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

**Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit am 6. 11. 2006**

**Bereich: Versicherungsrecht – Leistungsrecht**



Dr. Joachim Wilbers  
ProjectCare GmbH  
Schumannstraße 10  
60325 Frankfurt am Main  
Telefon: 069/74 22 17 20  
Fax: 069/74 22 19 79  
[joachim.wilbers@projectcare.de](mailto:joachim.wilbers@projectcare.de)  
[www.projectcare.de](http://www.projectcare.de)

Vorbemerkung:

In Deutschland gibt es ein gut ausgebautes System zur medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Jedoch sind die einzelnen Bereiche oft wenig koordiniert und an vielen Stellen werden falsche Anreize gesetzt. Damit wird das, was möglich wäre, in vielen Fällen nicht erreicht.

Reformen in der Gesundheits- und Pflegepolitik werden daher von mir unter dem Gesichtspunkt bewertet, inwieweit solche Strukturen und Anreize verbessert werden und eine sinnvolle Fortentwicklung des Leistungsspektrums erfolgt. Insofern wird eine Stellungnahme nur zu den Punkten der Anhörung abgegeben, die diesen Themenbereich betreffen.

Im Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und SPD (Drucksache 16/3100) gibt es eine Reihe von Regelungen, die aus der Sicht der Pflege eine Verbesserung darstellen, so dass **dieser Teil des Gesetzes grundsätzlich positiv bewertet wird.**

Im Einzelnen:

### **1. Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Versicherte erhalten in der Endphase ihres Lebens ein Recht auf Palliativversorgung sowohl in ihrer häuslichen Umgebung als auch im Pflegeheim. Dies ist **sehr positiv zu bewerten**. Die Voraussetzungen für Pflegeheime, um diese Leistungen zu erbringen, sollten jedoch noch einmal überdacht werden, da in der Regel kein eigener Arzt eingestellt werden kann und zudem sehr häufig kein auf Palliativmedizin spezialisierter Arzt als Kooperationspartner zur Verfügung steht. Da jedoch viele Menschen im Pflegeheim sterben, sollte eine Palliativversorgung zumindest für eine Übergangsfrist möglich gemacht werden, auch wenn noch nicht genügend Ärzte zur Verfügung stehen.

### **2. geriatrische Rehabilitation als Pflichtleistung**

Geriatrische Rehabilitation wird zur Pflichtleistung, auch für Heimbewohner. Dies ist **sehr positiv zu werten**. In diesem Bereich gibt es noch eine Reihe von Möglichkeiten, um die Situation älterer pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Damit kann das Ziel, Pflegebedürftigkeit zu verringern oder einer Verschlechterung vorzubeugen besser erreicht werden. Jedoch bleibt das Dilemma, dass die Krankenversicherung die Rehabilitation bezahlt, eventuelle Erfolge in Bezug auf Pflegebedürftigkeit jedoch die Pflegekassen entlastet.

Weitere Verbesserungsmöglichkeiten wären:

- Die Einschätzung der Rehabilitationsmöglichkeiten, die durch den MDK bei jeder Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit erfolgt, bleibt faktisch „geheim“. Das Gutachten wird den Versicherten nur auf Antrag zur Verfügung gestellt, Hausärzte, Pflegedienste oder Heime bekommen keine Informationen. Damit

bleibt diese Beurteilung des MDK weitgehend wertlos, denn dass die Pflegekasse als Adressat des Gutachtens von sich aus tätig geworden wäre, um eine Rehabilitation anzuregen, ist in meinem Berufsleben noch nie vorgekommen. Eine regelmäßige Information über die Rehabilitationsmöglichkeiten seitens des MDK (das Einverständnis des Versicherten vorausgesetzt) an diejenigen, die diese beantragen könnten, wäre äußerst sinnvoll.

- Gerade bei Personen, die eine Pflegestufe beantragt haben, diese aber nach Begutachtung des MDK nicht bekommen, ist anzunehmen, dass eine Rehabilitation in vielen Fällen eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vermeiden kann. Dieser Personenkreis hat pflegerischen Hilfebedarf, der aber in seinem Umfang die Schwelle zur Pflegestufe 1 nicht überschreitet. Wenn hier der MDK, der eine ausführliche Untersuchung des Antragstellers vorgenommen hat, den Betroffenen und dessen Hausarzt über Rehabilitationschancen informiert, könnte der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ im Wortsinne umgesetzt werden.
- Viele Rehabilitationsfachkliniken haben Auslastungsprobleme. Hier bietet es sich an, pflegerische Angebote mit Rehabilitationsleistungen zu verknüpfen. Derzeit gibt es schon einige Pflegeeinrichtungen, die Teile von Rehabilitationskliniken nützen. Jedoch können nach derzeitiger Rechtslage die möglichen Synergien im Sinne der Pflegebedürftigen nicht voll genutzt werden, weil zum Beispiel Ärzte und Therapeuten der Klinik nicht für die Heimbewohner tätig werden können. Hier sollten Kooperationsvereinbarungen möglich werden.

### 3. – 7. keine Stellungnahme

## 8. Leistungen der Pflegeversicherung

### a) So genannte „Behandlungspflege“ in Heimen

Hier wird die bisherige Übergangslösung („Behandlungspflege“ als Teil der Leistung des Heimes, die im Heimentgelt enthalten ist) als Dauerlösung etabliert. **Systematisch ist das ein Bruch** (Warum stehen Pflegebedürftigen im Heim weniger Leistungsansprüche gegenüber der Krankenversicherung zu als Menschen außerhalb?), aber mittlerweile jahrelang geübte Praxis. Insofern liegt der Vorteil dieser Regelung allein in der dauerhaften Klärung des Sachverhalts.

### b) Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen in die integrierte Versorgung

Diese Regelung kann dazu beitragen, die Versorgung Pflegebedürftiger als Gesamtaufgabe von Medizin (einschließlich Rehabilitation) und Pflege zu verstehen und umzusetzen. **Daher ist sie zu begrüßen.** Hier kommt es jedoch sehr auf die praktische Ausgestaltung an, damit tatsächlich bessere Versorgungsmöglichkeiten geschaffen werden und nicht Fragen der Kosten- und Vergütungszuordnung alles andere dominieren.

## 9. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

Die Eingruppierungskriterien werden geändert, indem auch krankheitsspezifischer Pflegeaufwand unter bestimmten Bedingungen beim Zeitaufwand mit erhoben und bei der Zuordnung der Pflegestufe berücksichtigt wird. **Das ist positiv zu bewerten**. Es ist ein wichtiger Schritt zu einer besseren Bewertung des tatsächlichen Aufwands im Hinblick auf die Pflegestufen, dem jedoch weitere folgen müssen.

## 10. Häusliche Krankenpflege

Die ausdrückliche Einbeziehung von betreuten Wohnformen in den Haushaltsbegriff (§ 37 SGB V) **ist zu begrüßen**, da damit die gesellschaftliche Realität im Gesetz besser abgebildet wird. Auf längere Sicht muss jedoch überlegt werden, wie die jetzige grundsätzliche Zweiteilung in Häuslichkeit und Heim zugunsten eines breiten Spektrums von Wohn- und Betreuungsformen abgelöst wird. Diese müssen diskriminierungsfrei nebeneinander existieren können, um den Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf zu ermöglichen, nach eigenen Vorstellungen eine Wahl zu treffen. Gleichzeitig würde damit sowohl Unter- als auch Überversorgung vorgebeugt.

### Weitere Punkte:

#### Hilfsmittel (Artikel 1)

In § 33 SGB V wird die Hilfsmittelversorgung explizit unabhängig von der „Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“ gemacht. **Dies ist außerordentlich zu begrüßen**, da damit eine abstruse Regelung, die in der Praxis die Hilfsmittelversorgung vom Geschick der Antragsbegründung abhängig gemacht hat, abgeschafft wird. Jedoch ist unklar, wie die Hilfsmittelversorgung in Heimen letztlich geregelt wird, da der neue § 78 SGB XI den Pflegekassen weit reichende Kompetenzen überträgt.

#### Betäubungsmittel (Artikel 34)

Betäubungsmittel, die in einem Heim oder Hospiz nicht mehr gebraucht werden, können nunmehr für andere Bewohner verschrieben oder an eine Apotheke zur Weiterverwendung abgegeben werden. **Dies ist zu begrüßen**, da damit nicht benötigte, aber noch voll wirksame Betäubungsmittel nicht mehr vernichtet werden müssen.

Es sollten jedoch auch Wege gefunden werden, damit sämtliche Arzneimittel, die für einen Heimbewohner nicht mehr benötigt werden, für andere verschrieben werden können. Derzeit müssen sie beispielsweise im Todesfall den Erben übergeben oder vernichtet werden, obwohl möglicherweise andere Heimbewohner die gleichen Arzneimittel neu verschrieben bekommen. Dies ist unwirtschaftlich und wirkt demotivierend auf alle, die sich um einen sparsamen Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens bemühen.