



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0336(5)
gel. VB zur öAnh. am 24.10.
2012_Assistenzpflege
18.10.2012

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 18. Oktober 2012

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des
Assistenzpflegebedarfs in stationären
Vorsorge– oder Rehabilitationseinrichtungen (17/10747)
und
zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (17/10784)**

GKV–Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Gesetz	4
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	4
§ 11 Leistungsarten	4
Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche	6
Artikel 3 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 63 Häusliche Pflege	7
III. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (17/10784)	8
IV. Ergänzender Änderungsbedarf	9
Ergänzung zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 137d SGB V Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation	9



I. Vorbemerkung

Durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30. Juli 2009 wurden für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte ambulant nach den Vorschriften des SGB XII im sog. Arbeitgebermodell sicherstellen, besondere Sozialleistungsansprüche zur Flankierung stationärer Krankenhausbehandlung und teilweise auch der stationären Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen. Im Einzelnen bestehen Ansprüche auf

- Mitaufnahme der Assistenzpflegekräfte in das Krankenhaus zu Lasten der GKV,
- zeitlich unbefristete Weiterzahlung des Pflegegeldes nach dem SGB XI sowie
- Weiterleistung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sollen nun die vorgenannten Leistungsansprüche analog auch auf Fallgestaltungen der stationären Vorsorge- und Rehabilitation des betreffenden Personenkreises erweitert werden.

Der GKV-Spitzenverband lehnt den Gesetzesentwurf aus grundsätzlichen Erwägungen zum Leistungsumfang stationärer Versorgungsangebote ab, hält allerdings die Harmonisierung der Leistungsansprüche während eines Krankenhausaufenthaltes sowie bei Aufenthalten in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für den betroffenen Personenkreis unter Berücksichtigung der aus dem Arbeitgebermodell erwachsenen Pflichten für nachvollziehbar.



II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 11 Leistungsarten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung des § 11 Abs. 3 SGBV soll der Leistungsanspruch bei stationären Behandlungen zukünftig auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft in stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen umfassen, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 66 Absatz 4 Satz 2 SGB XII durch von ihnen beschäftigte Pflegekräfte selbst sicherstellen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband hat sich bereits in den Erörterungen zur Verabschiedung des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 gegen eine Kostenübernahme für die Mitaufnahme von Assistenzpflegekräften bei stationären Krankenhausaufenthalten ausgesprochen. Stationäre Behandlungen beinhalten ein umfassendes, dem jeweiligen Zweck der stationären Einrichtungen entsprechendes therapeutisches und pflegerisches Leistungsangebot. Die Besonderheit stationärer Maßnahmen zeichnet sich gerade durch die umfassenden Leistungen in einer Einrichtung aus. Sind diese in dieser Form nicht erforderlich, sind ambulante Maßnahmen vorrangig. Diesem komplexen Versorgungsanspruch für stationäre Leistungen entsprechen auch die dafür vereinbarten Vergütungen. Es ist daher systemfremd und aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen, zusätzliche Leistungen zu diesen umfassenden stationären Leistungsangeboten zu finanzieren. Dies setzt Fehlanreize für die Auslagerung von Leistungen aus dem Versorgungsumfang stationärer Versorgungsformen. Das gilt sowohl für Krankenhausbehandlungen als auch für die Behandlung in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Deswegen lehnt der GKV-Spitzenverband auch den Gesetzentwurf zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus grundsätzlichen Erwägungen ab.

Der Gesetzgeber hat allerdings bereits mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus nicht zuletzt aufgrund der spezifischen Verpflichtungen, die sich aus dem Arbeitgebermodell ergeben, eine Sonderregelung geschaffen. Mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf soll eine Harmonisierung des Leistungsanspruches bei Krankenhausaufenthalten mit dem Leistungsanspruch bei Aufenthalten in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erreicht werden. Aufgrund der vergleichbaren Ausgangs- und Belastungssituation der Betroffenen ist dies durchaus nachvollziehbar.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass stationäre Rehabilitationsleistungen nicht nur von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, sondern auch von anderen Sozialleistungsträgern.



Stellungnahme des GKV Spitzenverbandes vom 18.Oktober 2012
zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge-
oder Rehabilitationseinrichtungen (17/10747)
Seite 5 von 10

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI ist Pflegegeld für die ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiterzuzahlen. Durch eine Ergänzung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI soll der Anspruch auf Weiterzahlung des Pflegegeldes auch auf die Fälle übertragen werden, in denen Pflegebedürftige in stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V aufgenommen werden.

Für den Personenkreis der Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII Anwendung findet, wird das Pflegegeld über die ersten 4 Wochen hinaus weiter gezahlt (§ 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

B) Stellungnahme

Nach der Gesetzesbegründung wird bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII Anwendung findet (Arbeitgebermodell), der Anspruch auf die Weiterzahlung des Pflegegeldes auch auf die gesamte Dauer des Aufenthaltes in einer stationären Vorsorgeeinrichtung erstreckt. Die Neuregelung ist aus Gründen der Gleichbehandlung von Pflegebedürftigen in unterschiedlichen medizinischen Versorgungsbereichen (Krankenhaus, stationären Rehabilitationseinrichtung, stationäre Vorsorgeeinrichtung) zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 3 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 63 Häusliche Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung des § 63 Satz 4 SGB XII soll sichergestellt werden, dass Pflegebedürftige, die ihre Pflege nach § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, häusliche Pflege auch bei einem Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erhalten können. Bisher ist der Anspruch auf häusliche Pflege bei diesem Personenkreis nur dann nicht eingeschränkt, wenn sie sich in einem Krankenhaus aufhalten.

B) Stellungnahme

Stationäre Behandlungen beinhalten ein umfassendes, dem jeweiligen Zweck der stationären Einrichtungen entsprechendes therapeutisches und pflegerisches Leistungsangebot. Die Besonderheit stationärer Maßnahmen zeichnet sich gerade durch die umfassenden Leistungen in einer Einrichtung aus. Sind diese in dieser Form nicht erforderlich, sind ambulante Maßnahmen vorrangig. Diesem komplexen Versorgungsanspruch für stationäre Leistungen entsprechen auch die dafür vereinbarten Vergütungen. Es ist daher systemfremd und aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen, zusätzliche Leistungen zu diesen umfassenden stationären Leistungsangeboten zu finanzieren. Dies setzt Fehlanreize für die Auslagerung von Leistungen aus dem Versorgungsumfang stationärer Versorgungsformen. Das gilt sowohl für Krankenhausbehandlungen als auch für die Behandlung in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Deswegen lehnt der GKV-Spitzenverband auch den Gesetzentwurf zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus grundsätzlichen Erwägungen ab.

Der Gesetzgeber hat allerdings bereits mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus nicht zuletzt aufgrund der spezifischen Verpflichtungen, die sich aus dem Arbeitgebermodell ergeben, eine Sonderregelung geschaffen. Mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf soll eine Harmonisierung des Leistungsanspruches bei Krankenhausaufenthalten mit dem Leistungsanspruch bei Aufenthalten in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erreicht werden. Aufgrund der vergleichbaren Ausgangs- und Belastungssituation der Betroffenen ist dies durchaus nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



III. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (17/10784)

Assistenzpflege bedarfsgerecht sichern

Die Regelungen zur Mitaufnahme von Assistenzpflegekräften in Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll sich auch auf Pflegebedürftige erstrecken, die ihre Pflege nicht über das „Arbeitgebermodell“ nach § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII, sondern beispielsweise über ambulante Pflegedienste sicherstellen.

Stellungnahme

Stationäre Versorgungsformen müssen ein dem jeweiligen Zweck der stationären Einrichtung entsprechendes therapeutisches und pflegerisches Leistungsangebot zur Verfügung stellen. Die Besonderheit stationärer Maßnahmen zeichnet sich gerade durch die umfassenden Leistungen in einer Einrichtung aus. Deswegen lehnt der GKV-Spitzenverband auch den Gesetzentwurf zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus grundsätzlichen Erwägungen ab.

Die mit dem jetzt Gesetzentwurf zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen angestrebte Harmonisierung des Leistungsanspruches bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ist aufgrund der vergleichbaren Ausgangs- und Belastungssituation der Betroffenen durchaus nachvollziehbar. Allerdings würde eine Ausweitung der Leistungsansprüche auf weitere Personengruppen, wie im vorliegenden Antrag beabsichtigt, erhebliche Fehlanreize zur Auslagerung von Leistungen aus dem Versorgungsumfang stationärer Versorgungsformen schaffen. Dies wäre sachfremd und würde zu erheblichen zusätzlichen finanziellen Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Der Antrag wird daher abgelehnt.



IV. Ergänzender Änderungsbedarf

Ergänzung zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137d SGB V Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist eine Gemeinschaftsaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Das entwickelte Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert sich an der stichprobenhaften Einbeziehung von Rehabilitanden und nicht an den Belegungszahlen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen. Belegungsstatistiken der einzelnen Krankenkassen zu den am Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmenden Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen liegen nicht vor. Daher ist die vorgesehene Finanzierung nach der Belegung der Einrichtungen bzw. Fachabteilungen nicht praktikabel und eine Finanzierung der Auswertung der externen Qualitätssicherung nach anderen Umlageschlüsseln, insbesondere nach dem bisher praktizierten Verfahren der mitgliederbezogenen Umlage, sachgerecht. Die näheren Bestimmungen dazu soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln.

B) Stellungnahme

Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 135a Abs. 2 SGB V). Die Maßnahmen werden nach § 137d Abs. 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbart. Die Vereinbarungspartner haben als einrichtungs-übergreifendes Qualitätssicherungsprogramm für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen das „QS-Reha®-Verfahren“ vereinbart. Als unabhängige Stelle nach § 299 Abs. 3 SGB V zur Auswertung der Daten der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung haben sie das „BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit“ bestimmt.

Die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sollen die Krankenkassen anteilig nach ihrer Belegung der Einrichtungen oder Fachabteilungen tragen (§ 137d Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie § 137d Abs. 2 Satz 3 SGB V). Nach der Gesetzesbegründung zu dieser durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geänderten Vorschrift soll sich die Finanzierung der Auswertung der externen Qualitätssicherung an den Belegungsanteilen orientieren, damit sie von den unterschiedlichen Rehabilitationsträgern anteilig nach ihrer Inanspruch-



nahme der Rehabilitationseinrichtungen aufgebracht wird (BT-Drucksache 16/3100 vom 24. Oktober 2006). Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger haben allerdings in einer gemeinsamen Erklärung vom Oktober 1999 abgesprochen, dass solange kein einheitliches gemeinsames Programm zur Qualitätssicherung vorliegt, grundsätzlich das Qualitätssicherungsprogramm des Hauptbelegers (Rentenversicherung oder Krankenversicherung) zur Anwendung kommen soll. Daher gibt es keine Notwendigkeit, die Finanzierung der externen Qualitätssicherung nach den Belegungsanteilen der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger vorzunehmen und hierzu die erforderlichen Daten zu ermitteln. Da auch der Abschluss der Versorgungsverträge mit den Rehabilitationseinrichtungen eine Gemeinschaftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist (vgl. § 111 Abs. 2 SGB V und § 111c Abs. 1 SGB V), werden die Auswertungen des „QS-Reha®-Verfahrens“ GKV-intern nicht nach Belegungsanteilen, sondern auf der Basis der Mitgliederstatistik KM 6 finanziert. Die Umlage wird mit dem Beitragsbescheid des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen angefordert. Eine Aufteilung der Finanzierung nach Belegungsanteilen ist auch deshalb nicht möglich, weil es keine statistischen Daten über die Belegungsanteile der einzelnen Krankenkassen in den am „QS-Reha®-Verfahren“ teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen gibt. Deshalb wird vorgeschlagen, im Gesetzeswortlaut die Bezugnahme auf Belegungsanteile zu streichen und damit eine sachgerechte und verwaltungsunaufwändige Finanzierungsregelung zu schaffen.

C) Änderungsvorschlag

§ 137d Absatz 1 Satz 2 SGB V erhält folgende Fassung:

„Die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung tragen die Krankenkassen nach näherer Bestimmung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

