

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0271(23) gel. VB zur öAnh. am 21.5. 12_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz 15.05.2012</p>

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Mai 2012

zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und FDP
Ausschussdrucksache (17(14)0269)

zum Entwurf eines Gesetzes
zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)
(17/9369)

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

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen	3
Änderungsantrag 1	3
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	3
§ 38 Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung)	3
Änderungsantrag 2	4
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	4
§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität.....	4
Änderungsantrag 3	7
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen	7
Änderungsantrag 4	9
Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§§ 11, 16, 17, 24c – neu- bis 24i – neu - und 28 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	9
§ 33 Abs. 5a Hilfsmittel.....	11
§ 132a Rahmenempfehlungen Häusliche Krankenpflege.....	13
§ 134a SGV Versorgung mit Hebammenhilfe	16
§ 301a SGB V Abrechnung der Hebammen und Entbindungspfleger	20



Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Änderungsantrag 1

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 38 Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung)

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Künftig sollen Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB XI ein ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage erhalten, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.
- B) Stellungnahme
Mit der seit 2011 angewandten Berechnungsweise wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI in ihrem Kontakt zu ihren Angehörigen unterstützt werden. Die beabsichtigte Neuregelung eines ungekürzten Pflegegeldes anteilig für die Tage in häuslicher Pflege hätte die Benachteiligung der Pflegebedürftigen zur Folge, die sich nicht in Einrichtungen der Hilfe für Behinderte aufhalten, da für diese eine Kürzung des Pflegegeldes nach § 38 SGB XI erfolgt.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Änderungsantrag 2

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zukünftig auch die Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, festgelegt wird.

B) Stellungnahme

Der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen in den Maßstäben und Grundsätzen wird im Interesse der Versicherten von den Pflegekassen große Bedeutung beigemessen. Die Qualität der Leistungen muss wegen der Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von den Pflegeeinrichtungen weiter von den Pflegekassen als Vertreter der Versichertengemeinschaft geprüft werden. Es ist daher sicherzustellen, dass Änderungen am bestehenden Qualitätsprüfungsverfahren zu einer Verbesserung der Pflegequalität beitragen.

Im Kontext der aktuellen Diskussionen der Vertragspartner wird deshalb vor dem Hintergrund eines vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführten Projekts über die Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in stationären Einrichtungen diskutiert. Eine abschließende Bewertung hinsichtlich der Ermittlung der Anwendbarkeit von Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität sowie Praktikabilität und Vollständigkeit der Indikatoren ist weder pflegewissenschaftlich noch methodisch erfolgt. Die Vertragspartner hatten sich deshalb darauf verständigt, die Ergebnisse mit einer breiteren Fachöffentlichkeit auf einer Fachtagung im September 2012 zu diskutieren, um im Anschluss daran gemeinsame Lösungen zu entwickeln. Es ist nicht nachvollziehbar, warum gerade in dem sensiblen Bereich der Qualitätssicherung durch den Gesetzgeber einer noch nicht abgeschlossenen fachwissenschaftlichen Diskussion vorgegriffen werden soll.



Unabhängig davon wird darauf hingewiesen, dass in den Maßstäben und Grundsätzen keine Messinstrumente definiert werden. Die Maßstäbe und Grundsätze legen die allgemeinen Prüfinhalte fest. Diese werden in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien operationalisiert. Bisher erfolgte die Operationalisierung anhand von Kriterien, die sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beziehen. Der Vorschlag bezieht sich aber nur auf die Vereinbarung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im stationären Bereich. Sofern damit beabsichtigt ist, zukünftig auf die Prüfung der Struktur- und Prozessqualität zu verzichten, wäre damit ein massiver Eingriff in die Qualitätssicherung verbunden, der zu einer Absenkung des Qualitätsniveaus führen würde. Auch der aktuelle Pflegebericht des MDS weist nach, dass eine gute Struktur- und Prozessqualität zu verbesserten Ergebnissen führt. Deshalb greif eine Reduzierung auf Ergebnisqualität zu kurz. Eine verpflichtende Übernahme von Indikatoren zur Ergebnisqualität als Grundlage für die externe Qualitätssicherung (Qualitätsprüfungen) hätte ungeachtet ihrer derzeit noch unklaren Eignung zur Folge, dass wesentliche Aspekte der Struktur- und Prozessqualität, die derzeit Gegenstand von Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI sind, nicht erhoben werden können. Damit fehlen wesentliche Informationen über das Zustandekommen von Versorgungs- und Pflegedefiziten, die derzeit regelhaft im Rahmen von Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI erhoben werden. Gleichzeitig ist zu bedenken, dass auf Grundlage von Daten, die ausschließlich auf Ergebnisindikatoren beruhen, bei festgestellten Qualitätsmängeln die Maßnahmenbescheide nach § 115 Abs. 2 SGB XI durch die Landesverbände der Pflegekassen nicht in der gebotenen Weise erstellt werden können.

Ebenfalls fehlt es an einer systematischen Verknüpfung mit den bestehenden Qualitätssicherungsinstrumenten. Bisher erfolgt die externe Qualitätssicherung unabhängig von den internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Einrichtungen. Es wird im Rahmen der externen Qualitätssicherung geprüft, ob die vertraglich geregelten Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Regelungsvorschlag führt dazu, dass die externe Qualitätssicherung nur noch auf der Basis des internen Qualitätsmanagements erfolgt. Eine neutrale und unabhängige Prüfung der Leistungen ist damit nicht mehr möglich.

Gegen die Regelung spricht weiterhin, dass damit zwischen ambulanten und stationären Bereich zwei grundsätzlich unterschiedliche Systeme von internem Qualitätsmanagement, externer Qualitätssicherung und Qualitätsberichtserstattung festgelegt werden. Dies bedeutet für den Verbraucher, dass im Rahmen der Qualitätsberichtserstattung (PTV) zwei unterschiedliche Systeme von ihm genutzt werden müssen. Eine Anwendbarkeit zweier Systeme dient nicht der Transparenz und Verbraucherfreundlichkeit.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Mai 2012
zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und FDP Ausschussdrucksache (17(14)0269)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)
Seite 6 von 20

Im Übrigen stellt der Änderungsantrag mit einer inhaltlichen Verdichtung auf Qualitätsindikatoren aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes einen Eingriff in die Verhandlungsautonomie der Vertragspartner dar.

- C) Änderungsvorschlag
Die vorgesehene Änderung des § 113 wird gestrichen.



Änderungsantrag 3

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind zukünftig die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung ist unpraktikabel und wird die Durchführung der Qualitätsprüfung behindern. Er ist auch vor dem Hintergrund des gesetzlich vorgesehenen Ermessensspielraums, welche Personen befragt werden können, widersprüchlich.

Bereits heute ist durch die Gesetzformulierung gewährleistet, dass die unterschiedlichen Informationsquellen im Rahmen von Qualitätsprüfung nach § 114 ff. SGB XI und der Vereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI in angemessener Weise berücksichtigt werden.

Es ist Aufgabe des Pflegepersonals die Pflegedokumentation verantwortlich zu führen. Eine aktuelle und sorgfältig geführte Pflegedokumentation ist notwendig, um bei wechselnden Pflegepersonen und jederzeit den Informationsfluss sicherzustellen und Pflegemängel zu vermeiden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Pflegepersonen über alle notwendigen Informationen bei der Pflege verfügen. Z. B. können Fehler bei der Medikamentenversorgung und Medikamentendokumentation für die Pflegebedürftigen gesundheitsgefährdend sein. Da Fehler in der Pflegedokumentation zur Gesundheitsgefährdung der Pflegebedürftigen führen können, sind sie daher grundsätzlich gravierend und immer offenzulegen.

Eine angemessene Berücksichtigung der Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen ist bereits heute bei den Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI gewährleistet und ergänzt die Prüfung der Pflegedokumentation. Die Befragung der Beschäftigten ist im Rahmen von Qualitätsprüfungen nur in Ausnahmefällen zur Klärung offener Sachverhalte geeignet, da dadurch die Objektivität und Neutralität nicht angemessen sichergestellt ist.



Des Weiteren ist die Regelung unpraktikabel. Es kann nicht sichergestellt werden, dass Angehörige oder Vertreter bei der Durchführung der Qualitätsprüfung anwesend sind. Die meisten Angehörigen und Vertreter der Pflegebedürftigen sind nicht vor Ort und können eine kurzfristige Teilnahme an der Qualitätsprüfung nicht sicherstellen. Die Anwesenheit der Angehörigen oder Vertreter bei der Qualitätsprüfung ist darüber hinaus weder erforderlich noch ohne Wunsch des Pflegebedürftigen zulässig. Alles andere wäre ein unzulässiger Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen (s. dazu die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung zu § 114a).

- C) Änderungsvorschlag
Die vorgesehene Änderung des § 114a wird gestrichen.



Änderungsantrag 4

Im Zusammenhang mit der Überführung von Vorschriften aus der RVO in das SGB V ist auch eine Überführung der Vorschriften aus dem KVLG in das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) erforderlich. Zu den Änderungen die ausschließlich das Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung betreffen gibt der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung eine eigene Stellungnahme ab.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 0a – neu – bis Nr. 1b – neu

§§ 11, 16, 17, 24c – neu- bis 24i – neu - und 28

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag werden die nach aktueller Rechtslage in der Reichsversicherungsordnung (RVO) verbliebenen Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 195 bis 200 RVO) mit einigen wenigen Klarstellungen und Ergänzungen in das SGB V überführt. Letzteres betrifft insbesondere eine Klarstellung zum Anspruch des Kindes auf die kindbezogenen Leistungen der Hebammenhilfe, sofern nach der Entbindung ein Anspruch der Mutter nicht besteht (z. B. wegen Adoption) sowie die nunmehr vorgesehene gesetzliche Nennung der Orte, an denen eine Entbindung erfolgen kann.

Darüber hinaus soll durch eine Ergänzung in § 11 Abs. 6 Satz 1 SGB V (Nr. 0a, Buchstabe b) erreicht werden, dass die Krankenkassen in ihren Satzungen zukünftig zusätzliche „Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24d bis 24h)“ vorsehen können sollen.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Überführung der RVO-Regelungen in das SGB V wird aus rechtssystematischen Gründen begrüßt (s. auch Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, Seite 146, zu § 134a SGB V, Ausschussdrucksache 17(14) 0188 (59).1). Auch die in diesem Zusammenhang vorgenommenen Klarstellungen und Ergänzungen sind grundsätzlich sachgerecht und zielführend.

a) Die beabsichtigte Ergänzung in § 11 Abs. 6 Satz 1 SGB V (Nr. 0a, Buchstabe b), wonach die Krankenkassen in ihren Satzungen zukünftig zusätzliche „Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24d bis 24h)“ vorsehen können sollen, erweitert den durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ge-



schaffenen Handlungsrahmen des § 11 Abs. 6 SGB V. Dies wird aus den in unserer Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (siehe Ausschussdrucksache 17(14) 0188 (59).1, Seite 17 ff zu § 11 Abs. 6 SGB V) detailliert dargestellten und auch auf die beabsichtigte Erweiterung zutreffenden Gründen weiterhin kritisch gesehen.

Zu dem Wortlaut der beabsichtigten Ergänzung ist darauf hinzuweisen, dass daraus nicht ausreichend deutlich wird, welche Zielsetzung mit der Erweiterung des § 11 Abs. 6 SGB V verfolgt werden soll. In der Begründung wird ausgeführt, dass sich diese Regelung ausdrücklich nur auf die von Hebammen erbrachten Leistungen und nicht auf ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt bezieht. Der Verweis auf die §§ 24d bis 24h SGB V (neu) erfasst jedoch u. a. die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Pflege und Haushaltshilfe und damit Leistungen, die nicht von Hebammen erbracht werden. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit wäre hier eine Klarstellung erforderlich, auf welche Leistungen sich zusätzliche Satzungsleistungen beziehen können.

b) In § 24i Abs. 3 Satz 3 SGB V (neu) wird ausgeführt, dass für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend ist, in dem der mutmaßliche Tag der Entbindung angegeben ist. Entsprechend den Ausführungen in der Begründung sollte im Gesetzeswortlaut zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit klargestellt werden, dass dieses Zeugnis vor der Entbindung ausgestellt sein muss,

C) Änderungsvorschlag

a) Wenn an der Erweiterung des § 11 Abs. 6 SGB V festgehalten wird, sollte im Gesetzeswortlaut klargestellt werden, auf welche Leistungen sich zusätzliche Satzungsleistungen beziehen können.

b) In § 24i Abs. 3 (neu) sollte folgender Satz 4 ergänzt werden: „Das Zeugnis muss vor der Entbindung ausgestellt sein.“ Der bisherige Satz 4 wird Satz 5.



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1c - neu

§ 33 Abs. 5a Hilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgeschlagenen Neuregelung soll klargestellt werden, dass im Hilfsmittelbereich eine vertragsärztliche Verordnung nur erforderlich ist, wenn eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend davon können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird befürwortet, dass in bestimmten Fällen auf eine ärztliche Verordnung im Hilfsmittelbereich verzichtet werden kann, da dies auch der ständigen Rechtsprechung und Versorgungspraxis entspricht.

Angesichts der abstrakten Formulierung der beabsichtigten Neuregelung würde diese aber nicht der Klarstellung dienen, sondern weitere Fragen aufwerfen. Darüber hinaus ist sie sachlich und medizinisch nicht nachvollziehbar. Es ist zudem schwierig, für den heterogenen Hilfsmittelbereich sachgerecht eine übergeordnete gesetzliche Regelung zu definieren, da die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung je nach Hilfsmittel und Fallgestaltung nur im Einzelnen beurteilt werden kann.

Grundsätzlich werden Hilfsmittel danach unterteilt, ob sie therapeutischen Zwecken dienen oder eine Behinderung ausgleichen bzw. dieser vorbeugen. Sofern darauf abgestellt wird, dass eine ärztliche Verordnung nur bei einer erstmaligen oder erneuten ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung notwendig ist, hieße dies im Umkehrschluss, dass bei Hilfsmitteln, die dem Behinderungsausgleich dienen, i. d. R. keine ärztliche Verordnung verlangt werden kann, da hier keine therapeutische Wirkung im engeren Sinne und somit auch keine Therapieentscheidung erwartet wird. Allerdings gibt es viele Hilfsmittel, z. B. Prothesen oder Orthesen, die zwar "nur dem bloßen" Behinderungsausgleich dienen, bei denen der Arzt für bestimmte medizinische Fragestellungen in den Versorgungsprozess aber zwingend einzubinden ist.

Auch die Verknüpfung der Erforderlichkeit einer ärztlichen Verordnung mit der "Genehmigungsfreiheit" ist medizinisch nicht begründet. Der "Genehmigungsverzicht" dient allein der Verwaltungsvereinfachung und orientiert sich an Produkten, die eine bestimmte Wertgrenze nicht übersteigen. Eine inhaltliche Bewertung, ob bei der Versorgung mit diesen Produkten medizinische Abklärungen



verbunden sind, findet bei der Abgrenzung nicht statt. Aus diesem Grunde kann die Genehmigungsfreiheit auch kein Kriterium für die Erforderlichkeit einer ärztlichen Verordnung sein.

Im Übrigen hat das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung bezogen auf den Hilfsmittelbereich mehrfach entschieden, dass der Arztvorbehalt nach § 15 Abs. 1 SGB V nicht uneingeschränkt gilt und die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ausschließlich von einer ärztlichen Verordnung abhängig ist. Darüber hinaus ist im SGB V bereits eine entsprechende Klarstellung erfolgt. So heißt es in § 33 Abs. 8 SGB V: „Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der GKV abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag ...“ Diese Formulierung wurde im Zuge des GKV-WSG in dieser Form geändert. Zuvor hieß es „Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der GKV verordneten Hilfsmittel...“. Der Gesetzesbegründung ist dazu folgendes zu entnehmen: „...Die Regelung entspricht weitgehend dem bisherigen Absatz 2 Satz 5. Da die Krankenkassen nicht in allen Fällen auf einer vertragsärztlichen Verordnung notwendiger Hilfsmittel bestehen müssen, ist in Satz 1 bezüglich der Zuzahlung auf die abgegebenen Hilfsmittel abzustellen...“. Eine weitere gesetzliche Klarstellung ist daher redundant.

Die Krankenkassen und Leistungserbringer haben den Verzicht auf die ärztliche Verordnung auf Basis der geltenden – ausreichend geklärten Rechtslage – je nach Hilfsmittel individuell in den Verträgen nach sachlichen Erwägungen sinnvoll geregelt. Probleme in der Praxis, die aus diesen vertraglichen Regelungen resultieren, sind nicht bekannt.

C) Änderungsvorschlag

Auch wenn der Verzicht auf die ärztliche Verordnung im Hilfsmittelbereich bei bestimmten Fallgestaltungen grundsätzlich sinnvoll ist, ist die beabsichtigte Neuregelung aus den genannten Gründen an dieser Stelle nicht notwendig und würde neue Fragen aufwerfen.



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 neu

§ 132a Rahmenempfehlungen Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 132a Absatz 1 Satz 1 sieht bislang vor, dass der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben sollen. Die beabsichtigte Ergänzung des § 132a Abs. 1 SGB V stellt klar, dass die Empfehlungspartner mit einer Frist bis zum 01. Juli 2013, gemeinsame Empfehlungen abzugeben haben. Ferner soll die gesetzliche Auflistung der Inhalte der Rahmenempfehlungen um Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht (Antragsverfahren) sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten ergänzt werden. Darüber hinaus soll den Empfehlungspartnern die Möglichkeit eröffnet werden, in den Rahmenempfehlungen Regelungen zum maschinellen Datenaustausch zu treffen, die auch abweichend von dem Inhalt der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V sein können. Für diesen Fall sind die Regelungen der Partner der Rahmenempfehlungen vorrangig vor den Richtlinienregelungen.

B) Stellungnahme

Die Beratungen über Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V sind im Jahr 2004 nach langjährigen Verhandlungen zwischen den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gescheitert. Der GKV-Spitzenverband hat im Juli 2011 die vorgenannten Spitzenorganisationen um ihre Einschätzung gebeten, ob und ggf. zu welchen der in § 132a Abs. 1 Satz 4 SGB V genannten Regelungsbereiche ein Bedarf für Bundesempfehlungen gesehen wird. Anknüpfend an die zurückgemeldeten Einschätzungen wurden zwischenzeitlich Sondierungsgespräche mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen aufgenommen. Dabei wird es nach aktuellem Diskussionsstand nicht als zielführend angesehen, sehr aufwändige und voraussichtlich langwierige Beratungen über eine alle Themenbereiche umfassende Bundesempfehlung zu führen, da die Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege auf Grundlage der Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V und der Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V weitgehend geregelt ist. Die Zielsetzung liegt vielmehr darin, grundlegende Probleme in der praktischen Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege, zu deren Lösung Bundesrahmenempfehlungen beitragen können, anzugehen.



Wir sehen vor diesem Hintergrund keinen Bedarf für eine gesetzliche Regelung, die die Rahmenempfehlungspartner verpflichtet, Empfehlungen zu allen im Gesetz genannten Teilaspekten abzugeben. Dieser gesetzliche Auftrag ginge am Bedarf vorbei, würde den Beratungsaufwand so erheblich erhöhen, dass ein Abschluss der Beratungen zum 1. Juli 2013 (wie gefordert) nicht realistisch wäre und hätte – sofern eine Einigung erreicht werden kann – Empfehlungen zur Folge, deren Umsetzung durch die Vertragspartner fraglich ist. Von daher sollte es den Empfehlungspartnern überlassen bleiben, entsprechend des Bedarfs die Inhalte einer Rahmenempfehlung auf Bundesebene selbst festzulegen.

In diesem Kontext ist es auch nicht erforderlich, die in § 132a Abs. 1 Satz 4 SGB V genannten Regelungsinhalte der Rahmenempfehlungen – wie beabsichtigt – um „Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten“ zu erweitern. Ergänzend sei in Bezug auf das Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen darauf hingewiesen, dass die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bereits eine Regelung zur vorläufigen Kostenübernahme vorsieht. Danach ist bei fristgerechter Vorlage der Verordnung sichergestellt, dass die Versorgung bereits vor Genehmigung der Leistungen durch die Krankenkasse auf der Grundlage der Verordnung beginnen kann, ohne dass der Pflegedienst dem Risiko ausgesetzt ist, verordnete Leistungen nicht im Rahmen der vertraglich vereinbarten Regelungen vergütet zu bekommen. Von daher ist die Begründung des Änderungsantrags, dass die Änderungen dazu führen sollen, dass den Versicherten eine zügige Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Leistungen gewährleisten soll, nicht einschlägig.

Gleiches gilt für Empfehlungen zum Abrechnungsverfahren sowie für die vorgesehene Ergänzung in § 132a Abs. 1 SGB V, wonach die Rahmenempfehlungspartner auch Regelungen treffen können, die von den Inhalten der Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V abweichen können. Die in diesem Zusammenhang in der Begründung genannten Defizite im Rahmen der Abrechnung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege deuten eher auf Umsetzungs- und nicht auf Regelungsdefizite hin. Vor diesem Hintergrund ist es weder erforderlich noch zielführend, in Konkurrenz zu verbindlichen Richtlinien Regelungen auf Ebene von Vereinbarungen zu schaffen. Dies würde die auch im Hinblick auf die Auswirkungen auf IT-Entwicklungen erforderliche Verlässlichkeit von Datendefinitionen (Formate, Strukturen und Inhalte) in Frage stellen. Soweit es um die Behebung der vorgenannten Umsetzungsdefizite geht, werden diese in den eingangs erwähnten, aktuellen Sondierungsgesprächen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste bereits identifiziert und in Abhängigkeit von dem Regelungsbereich geklärt.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Mai 2012
zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und FDP Ausschussdrucksache (17(14)0269)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)
Seite 15 von 20

C) Änderungsvorschlag

Auf die Änderungsvorschläge in Nr. 7 Buchstaben b) und c) wird verzichtet.

In § 132a Abs. 1 Satz 4 SGB V werden die Worte „In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln“ ersetzt durch die Worte „Die Rahmenempfehlungen sollten insbesondere Empfehlungen enthalten zu“



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 134a SGV Versorgung mit Hebammenhilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag wird die Qualitätssicherung ausgeweitet auf die Qualität aller Hebammenleistungen.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Änderung wird von Seiten des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich begrüßt. Da es sich aber bei der Qualitätssicherung in hebammengeleiteten Einrichtungen nicht nur um Hebammenleistungen, sondern z. B. auch um räumliche und sächliche Ausstattung, handelt, sollten in § 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V die Wörter „Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen“ nicht ersetzt, sondern um „die Qualität der Hebammenhilfe“ ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V werden nach den Wörtern „Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen“ die Wörter „und die Qualität der Hebammenhilfe“ eingefügt.

D) Weiterer Änderungsvorschlag

Zusätzlich zu der vorgeschlagenen Änderung regt der GKV-Spitzenverband folgende weitere Änderungen in § 134a SGB V an:

1. Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nach dem Wort „Bundesebene“ werden die Wörter „gemeinsam und einheitlich“ eingefügt.
- b) Nach dem Wort „Hebammenhilfe“ werden die Wörter „durch freiberuflich tätige Hebammen“ eingefügt.
- c) Die Wörter „abrechnungsfähigen Leistungen“ werden durch die Wörter „gemäß Absatz 1b abrechnungsfähigen außerklinischen Leistungen und Geburtsleistungen von 1:1Beleghebammen“ ersetzt.



2. Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein strukturiertes Leistungsverzeichnis über die abrechnungsfähigen außerklinischen Leistungen, insbesondere zu den Leistungsbereichen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, und die Geburtsleistungen von 1:1 Beleghebammen. In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht umfassten Hebammenleistungen nach Inhalt, Umfang und Häufigkeit aufzuführen. Das Leistungsverzeichnis ist regelmäßig zu überprüfen. Den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene ist innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Begründung

Zu Nr. 1

Zu Buchstabe a)

Es wird klargestellt, dass die Verträge nach § 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V auf Hebammenteil „gemeinsam und einheitlich“ zu schließen sind. Dies entspricht dem Sinn und Zweck des § 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V und auch der Handhabung in der Vergangenheit. Mit den Verträgen nach § 134a SGB V soll eine bundeseinheitliche vertragliche Regelung über die Vergütung von Hebammenleistungen geschaffen werden. Aus diesem Grund waren auch in der ursprünglichen Fassung der Vorschrift die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich zu handeln. Unterschiedliche vertragliche Regelungen je nach Verbandszugehörigkeit von Hebammen sind sachlich nicht zu rechtfertigen. Dies gilt umso mehr, als § 134a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V einen Vertragsbeitritt von nicht in dem jeweiligen Verband organisierten Hebammen zulässt. Auch die gemeinsame Schiedsstelle gemäß § 134a Abs. 4 SGB V verdeutlicht, dass inhaltlich divergierende Verträge nicht gewollt sind. Zudem wäre es sowohl für den GKV-Spitzenverband als auch für die Krankenkassen mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden, wenn verschiedene Verträge mit jeweils abweichenden Vergütungspositionen und Preisen administriert werden müssten.

Die vorgeschlagene Klarstellung ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Verhandlungen auf Hebammenteil auch künftig gemeinsam und einheitlich geführt werden. Derzeit lehnen es die bisherigen Vertragspartner auf Hebammenteil, der Deutsche Hebammenverband, der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands und das Netzwerk der Geburtshäuser ab, gemeinsame Ver-



handlungen mit einem weiteren Verband, dem Deutschen Fachverband für Hausgeburtshilfe, zu führen.

Zu Buchstabe b) und Buchstabe c)

Dem GKV-Spitzenverband erscheint es notwendig, dass die Verträge nur für freiberuflich tätige Hebammen gelten und die abrechnungsfähigen außerklinischen Leistungen mit den Geburtsleistungen von 1:1 Beleghebammen regeln.

Hintergrund hierfür ist, dass derzeit Krankenhäuser anstatt angestellter Hebammen zunehmend freiberuflich tätige Beleghebammen einsetzen, die im Schichtdienst arbeiten und zum Teil die komplette Belegschaft an Hebammen der Krankenhäuser darstellen. Diese Beleghebammen schließen hierüber mit den Krankenhausträgern Verträge und es ist bekannt, dass Krankenhäuser die Berufshaftpflichtversicherungsprämien der einzelnen Hebammen finanzieren, wenn diese sich bereit erklären, keine außerklinischen Entbindungen zusätzlich zu betreuen. Zudem sind sie den Ärzten der Krankenhäuser und auch den dort geltenden Qualitätsanforderungen unterstellt. Ihre Arbeitszeit ist nicht frei gestaltbar und das unternehmerische Risiko liegt beim Krankenhaus. Es ist daher fraglich, ob diese Konstellation noch eine freiberufliche Belegtätigkeit darstellt. Leider wurden die Entbindungen von Beleghebammen im Krankenhausschichtdienst von jeher schon über die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung gedeckt. Ein Bestreben des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der laufenden Vertragsverhandlungen den Geltungsbereich des Vertrages auf außerklinische Geburten zu beschränken, haben die Hebammenverbände kategorisch abgelehnt.

Über das DRG-Abrechnungssystem erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit, die Geburten inklusive Hebammen oder bei der Betreuung durch freiberuflich tätige Beleghebammen die Geburten ohne Hebammen abzurechnen. Allerdings ist die DRG für die Entbindung ohne angestellte Klinikhebammen tatsächlich nur um die Kostenbestandteile für die Hebammenleistungen im Kreißaal selbst reduziert worden, nicht aber um die Hebammenleistung im Wochenbett für die Verweildauertage der Versicherten in der Klinik und auch nicht um die eingesparte Berufshaftpflichtversicherungssumme für die Hebamme. Der Differenzbetrag aus den DRG mit und ohne Hebammen ist daher schon heute geringer als die Verdienstmöglichkeit der freiberuflich tätigen Beleghebamme.

Der GKV-Spitzenverband verfolgt mit dieser Regelungsergänzung das Ziel, Geburten von fest in die Organisation des Krankenhauses eingebundenen Beleghebammen (im Schichtdienst) eindeutig dem Krankenhaus zuzuordnen. Somit wäre Transparenz hinsichtlich der geltenden Qualitätsanforderungen, der Finanzierung der Berufshaftpflichtversicherungsprämien und die Vergütung gegeben.



Die Beleghebammen, die in der 1:1-Betreuung in den Krankenhäusern Versicherte entbinden, könnten von dieser Ergänzungsregelung ausgenommen werden. Allerdings sei der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen, dass auch bei dieser Entbindungsart der Krankenhausträger entscheidet, mit welcher Beleghebamme, die eine 1:1-Betreuung anbieten will, einen Vertrag darüber schließt. Auch die o. g. DRG-Problematik findet hier Anwendung.

Zu Nr. 2

Mit diesem Änderungsvorschlag fordert der GKV-Spitzenverband neben den Verträgen über die abrechnungsfähigen Leistungen und deren Qualität auch Leistungsbeschreibungen im Rahmen eines vom GKV-Spitzenverband zu erstellenden Leistungsverzeichnisses. Denn die Qualitätsanforderungen für einzelne Leistungen in der Hebammenhilfe können erst definiert werden, wenn deren Leistungsinhalte festgelegt sind. Aufgrund der konsequenten Weigerung der Hebammenverbände, hierzu überhaupt in Verhandlungen einzutreten, ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Mai 2012
zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und FDP Ausschussdrucksache (17(14)0269)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)
Seite 20 von 20

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 301a SGB V Abrechnung der Hebammen und Entbindungspfleger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag zu § 301a SGB V wird klargestellt, dass die bestehenden Abrechnungsregelungen auch für die von Hebammen geleiteten Einrichtungen gelten.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Änderungen werden von Seiten des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

