

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0176(23)

gel. VB zur öAnhörung am 01.06.

16_Transplantationsregister

31.05.2016



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

Stellungnahme zum

Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Ausschuss-Drucksache 18(14)0172.2

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters
Bundestags-Drucksache 18/8209

Berlin, 30. Mai 2016

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 9.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 275.000 Arbeitsplätze und ca. 21.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.600 Pflegediensten, die ca. 206.000 Patienten betreuen, und 4.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 290.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa Stellung zu dem mit Änderungsantrag 2 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingeführten Artikel 2a (Ermittlung des Zeitanteils für Leistungen nach dem SGB V, Überleitung der Pflegesätze für Kurzzeitpflege).

Artikel 2a – § 17 Absatz 1b SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf sieht in § 17 Absatz 1b SGB XI eine Beauftragung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vor, bis zum 30. November 2016 Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils für Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu entwickeln, um die Kostenaufteilung zwischen sozialer Pflegeversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung für ambulant versorgte Pflegebedürftige erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen (sog. außerklinische Intensivpflege) ermitteln zu können.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt es ausdrücklich, dass der Gesetzgeber sich dieser Thematik, die für einen speziellen Kreis von besonders umfassend und intensiv pflegerisch zu versorgenden Personen von wesentlicher Bedeutung ist, angenommen hat. Ohne diese gesetzliche Klarstellung wäre anderenfalls für eine steigende Zahl an Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Versorgungsbedarf an sog. außerklinischer Intensivpflege haben, mit der gesetzlichen Neuausrichtung der Begutachtungssystematik durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) – und der damit verbundenen Ab-

kehr der Zeiterfassung von Hilfebedarfen – eine erhebliche Rechtsunsicherheit in Bezug auf ihre leistungsrechtlichen Ansprüche entstanden. Hierauf hatte der bpa bereits frühzeitig hingewiesen. Durch die Gesetzesänderung soll im Grundsatz ein Bestandsschutz für die jetzige Versorgungssituation der Betroffenen geschaffen werden, in dem der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung und deren leistungsrechtlichen Klarstellungen gefolgt werden soll.

Allerdings ist die vorgesehene Regelung in der vorliegenden Fassung missverständlich.

Zunächst halten wir es für sachgerecht, alle Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen in diese Regelung mit einzubeziehen. Das schließt die Leistungsberechtigten nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V mit ein und sollte daher in der Gesetzesbegründung zusätzlich entsprechend klargestellt werden.

Eine wie von den Krankenkassen geforderte Übernahme der Formulierung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, die Feststellung des Zeitanteils lediglich auf Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege zu beschränken, ist nicht angemessen, da dies eine deutliche Eingrenzung des berechtigten Personenkreises aufgrund der engen Auslegung in den Richtlinien nach sich zieht. Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege i. S. d. § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V stellen lediglich eine kleine Untergruppe jenes Personenkreises dar, die einen Anspruch auf intensivpflegerische Versorgung (= spezielle Krankenbeobachtung gemäß der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 SGB V) haben können.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Feststellung von Hilfebedarfszeiten nicht allein auf Versicherte beschränkt bleiben darf, die ambulant versorgt werden und Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI erhalten. Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 17.06.2010 (B 3 KR 7/09 R) bei der Neuausrichtung der Kostenverteilung ganz explizit auf die gesetzgeberische Entwicklung durch das GMG und das GKV-WSG Bezug genommen und festgestellt, dass die Doppelzuständigkeit durch den ebenfalls zum 1.4.2007 durch das GKV-WSG geschaffenen § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V verstärkt wird. Es hält fest:

„Obgleich bereits die notwendige Krankenbeobachtung und sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege der Versicherten zu den Sachleistungen der Pflegekassen bei vollstationärer Pflege gehören (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), hat der Gesetzgeber zur Vermeidung zu hoher Eigenbeteiligungen der Versicherten bzw. zur Verringerung der Gefahr der Sozialhilfebedürftigkeit einen zusätzlichen Anspruch gegen die Krankenkassen

nach § 37 Abs. 2 SGB V – und damit eine weitere Doppelzuständigkeit – im stationären Bereich geschaffen.“

Die Einschränkung einer Feststellung der zeitlichen Hilfsbedarfe bei lediglich „ambulant versorgten Pflegebedürftigen“, die einen Leistungsanspruch auf häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI haben, würde folglich den gesetzgeberischen Zweck nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V unterlaufen und den dort genannten Personenkreis (insbesondere gegenwärtig Versicherte in Einrichtungen der sog. Phase F) wieder schlechter stellen, da ohne die Zeiterfassung der Hilfebedarfe deren Anspruch aus § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V faktisch ins Leere läuft.

Im Übrigen wären auch Versicherte nicht erfasst, die einen Leistungsanspruch nach § 38 SGB XI haben. Insbesondere bei intensivpflegebedürftigen Kindern ist es häufig die Regel, dass Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden, weil die Eltern einen Teil der Leistungen selbst als Geldleistungen übernehmen und mit den Leistungen von professionellen Leistungserbringern als Sachleistung kombinieren. Für diese ansonsten ebenfalls ambulant versorgte Klientel muss ein entsprechender Feststellungsanspruch des Zeitanteils der Pflegeversicherung genauso gegeben sein, wie für Versicherte, die ausschließlich Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen.

Nach § 17 Absatz 1b Satz 1 ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils zu erlassen, „für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen [...] die hälftigen Kosten zu tragen hat“. Auch dieser Passus ist mehrdeutig.

Es erschließt sich hier nicht, warum auf eine „hälftige“ Kostenverteilung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung rekurriert wird. Der Folgesatz rekurriert zwar korrekt auf die Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen relativiert das Missverständnis aus dem Vorsatz allerdings nicht. Insofern ist auch die Äußerung in den Gesetzesmaterialien nicht nachvollziehbar, aus der unter Hinweis auf das Bundessozialgericht (BSG) festgehalten wird:

„In Fällen einer rund um die Uhr erforderlichen intensivpflegerischen ambulanten Versorgung sind die Kosten für diese Zeiten zu gleichen Teilen von Kranken- und Pflegekasse zu übernehmen.“

In seiner Rechtsprechung hat der 3. Senat – die in der Gesetzesbegründung ausdrücklich als Bezugsgrundlage herangezogen wird - unter Bezugnahme auf seine frühere Rechtsprechung klargestellt:

„Da der Anspruch aus § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V der gesetzlichen Kon-

zeption nach durch den Anspruch nach § 36 SGB XI nicht überlagert oder verdrängt, sondern lediglich ergänzt werden soll, ist bei gleichzeitiger Erbringung der Leistungen durch dieselbe Fachkraft eine Kostenaufteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse vorzunehmen, **die dem Grundsatz der Parallelität und Gleichrangigkeit beider Ansprüche Rechnung trägt.**“

Keinesfalls hat das BSG in seiner Entscheidung vom 17.06.2010 (B 3 KR 7/09 R) festgestellt, dass die Kosten für die Zeiten der intensivpflegerischen Versorgung „zu gleichen Teilen“ von der Kranken- und Pflegekasse zu übernehmen sind. Vielmehr hat es unter Randnummer 28 der o. a. Entscheidung eine Formel zur Kostenverteilung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung entwickelt, die allenfalls die Halbierung der sog. „reinen“ Grundpflegezeiten vorsieht. Von einer „hälftigen“ Kostenverteilung zwischen Kranken- und Pflegekasse kann hingegen nicht die Rede sein. Insoweit ist sowohl der Passus in § 17 Absatz 1b Satz 1 als auch die Darstellung in der Gesetzesbegründung richtig zu stellen.

Schließlich nimmt der Bundesgesetzgeber in seiner Begründung selbst richtigerweise Bezug auf diese dazu ergangene Rechtsprechung des BSG und stellt klar, dass mit den zu schaffenden Richtlinien **die Vorgaben** des BSG aus seiner Entscheidung vom 17.06.2010 eins zu eins umzusetzen sind. Dies kann nicht gelingen, wenn Inhalt der Richtlinien eine Zeitfeststellung zur „hälftigen“ Kostentragung durch die Pflegeversicherung sein soll. Es konterkariert den eigentlichen Gesetzeszweck, nämlich die Schaffung von Rechtssicherheit für die durch die Reform der Pflegeversicherung geänderten Begutachtungsregeln.

Soweit der Gesetzgeber dabei lediglich auf die hälftige Kostentragungspflicht für die festzustellenden „reinen grundpflegerischen“ Zeiten abzustellen gedenkt, sollte dies auch genauso gesetzlich Eingang finden. Anderenfalls eröffnet die bisherige Fassung des Entwurfs einen nicht unerheblichen Interpretationsspielraum zu Lasten leistungsrechtlicher Ansprüche der Versicherten. Ein Bestandsschutz, wie er durch § 141 SGB XI über das PSG II für die Pflegeversicherten durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Verhinderung zukünftiger Schlechterstellung der Versicherten, ist mit der vorliegenden Formulierung nicht gewährleistet.

Des Weiteren halten wir ein Beteiligungsverfahren der maßgeblichen Verbände auch vor Erlass der Richtlinien nach § 17b SGB XI für unerlässlich. Ebenso wie bei den Verfahren nach § 17 Abs. 1 und § 17 Absatz 1a SGB XI wird es für zwingend erforderlich gehalten, die maßgebenden Verbände bei der Entwicklung der Richtlinien zu beteiligen. Insbesondere weil die inhaltliche Ausgestaltung der Richtlinien ganz erhebliche leistungsrechtliche Auswirkungen nach sich zieht, ist neben der Beteiligung der Verbände

nach § 17 Absatz 1 Satz 2 SGB XI außerdem der Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit im § 17 Absatz 2 SGB XI mit aufzunehmen.

C) Änderungsvorschläge

Abs. 1b der Vorschrift wird wie folgt geändert und ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. November 2016 Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ~~ambulant versorgten~~ Pflegebedürftigen **ab Pflegegrad 2**, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und ~~die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36~~**die Leistungen** und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten **für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen** zu tragen hat. **Dabei sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.** Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt eine wissenschaftliche Evaluation der Richtlinien. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 31. Dezember 2018 zu veröffentlichen.“

Abs. 2 der Vorschrift wird wie folgt ergänzt:

„Die Richtlinien nach den Absätzen 1 und 1a, **1b** werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

Artikel 2a – § 18 Absatz 1a SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 18 Absatz 1a SGB XI ermächtigt den Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) für die Prüfung des Zeitanteils für Pflegebedürftige mit besonders hohem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen unter Berücksichtigen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1b SGB XI zu beauftragen.

B) Stellungnahme

Auch § 18 Absatz 1a Satz 1 SGB XI bezieht der Gesetzgeber sich auf eine „hälftige“ Kostentragung durch die Pflegeversicherung im Rahmen der der Zeitermittlung der Hilfebedarfe bei der sog. außerklinischen Intensivpflege, die durch die Rechtsprechung des BSG so nicht vorgesehen ist. Gleiches gilt für die Einschränkung des berechtigten Personenkreises.

Wir nehmen Bezug zu unseren Ausführungen zu § 17 Absatz 1b SGB XI und erachten eine Korrektur des Gesetzeswortlauts zur Beibehaltung der rechtlichen Ansprüche der Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen unter Beachtung der BSG-Rechtsprechung für zwingend.

C) Änderungsvorschläge

Abs. 1b der Vorschrift wird wie folgt geändert und ergänzt:

„Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ~~ambulant versorgten~~ Pflegebedürftigen **ab Pflegegrad 2**, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und ~~die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 die Leistungen~~ und die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten **für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen** zu tragen hat. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.“

Artikel 2a – § 92e Absatz 3a SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch § 92e Absatz 3a SGB XI wird eine eigenständige Berechnungsformel zur Bestimmung der Pflegesätze in der Kurzzeitpflege abweichend vom vollstationären Bereich festgelegt.

B) Stellungnahme

Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Äquivalenzziffern zur Berechnung der Pflegesätze sind in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht geeignet. Es handelt sich dabei in aller Regel um sehr kleine Einrichtungsformen der „reinen“ Kurzzeitpflege außerhalb der eingestreuten Kurzzeitpflege. Die geringe Platzzahl der Einrichtungen erschwert eine variable personelle Besetzung. Kurzzeitpflegeeinrichtungen können nicht die Schwankungen in der Belegung in gleicher Weise anpassen wie vollstationäre Einrichtungen. Für diese Kleinsteinrichtungen gilt stets eine bestimmte personelle Mindestausstattung an vorzuhaltenden Vollzeitkräften. Schwankungen bei der Gästezusammensetzung sind bei den geringen Platzzahlen und der fehlenden Kontinuität kaum zu kompensieren. Die Möglichkeit der personellen Anpassung nach Überleitung der Versicherten in die neuen Pflegegrade ist im Grunde nicht gegeben. Spreizungen wie im vollstationären Bereich, aufgrund unterstellter Aufwandsunterschiede zwischen den Pflegestufen, sind nicht gegeben und würden zu Personalbesetzungen führen, die eine angemessene Versorgung unmöglich machen.

Vor diesem Hintergrund kann nur ein einheitlicher Pflegesatz im Rahmen der solitären Kurzzeitpflege leistungsgerecht abgebildet werden. Dieser Pflegesatz sollte sich nach der Umstellung umgerechnet am Pflegesatz des Pflegegrades 4 bestimmen. Da ein einheitlicher Pflegesatz für alle Pflegegrade einschließlich des Pflegegrads 1 gilt, darf Absatz 4 keine Anwendung finden.

Bei Festhalten an der Berechnungsformel nach § 92e Absatz 3a SGB XI müsste zumindest eine erheblich kleinere Spreizung der Äquivalenzziffern innerhalb der Berechnungsformel erfolgen als bislang im Gesetzesentwurf abgebildet ist, um den oben beschriebenen besonderen Anforderungen der solitären Kurzzeitpflege adäquat Rechnung zu tragen. Auch im Rahmen der Kurzzeitpflege muss schließlich der Grundsatz zum Tragen kommen, dass eine Überleitung in die neuen Pflegegrade budgetneutral

zu erfolgen hat und damit zumindest das Gesamtbudget auf heutigem Niveau für die Einrichtungen nicht in Frage steht.

C) Änderungsvorschläge

Abs. 3a der Vorschrift wird wie folgt geändert:

„Für den Bereich der Kurzzeitpflege **ergibt sich abweichend von Absatz 2 bei Überleitung ein einheitlicher Pflegesatz auf dem Niveau des Pflegegrades 4. Absatz 4 findet keine Anwendung.**“

alternativ

Abs. 3a der Vorschrift wird wie folgt geändert:

„Für den Bereich der Kurzzeitpflege ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt: $PSPG2 = \Sigma PS$ dividiert durch $(PBPG2 + PBPG3 \times 1,36 \ 1,1 + PBPG4 \times 1,74 \ 1,2 + PBPG5 \times 1,94 \ 1,3)$. Dabei ist PSPG2 der Pflegesatz in Pflegegrad 2. Es gilt:

1. der Pflegesatz in Pflegegrad 3 entspricht dem **1,36 1,1**-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
2. der Pflegesatz in Pflegegrad 4 entspricht dem **1,74 1,2**-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
3. der Pflegesatz in Pflegegrad 5 entspricht dem **1,94 1,3**-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2. Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem nicht nach Pflegegraden differenzierten Pflegesatz bleibt dieser unverändert.“