



VDAB – Reinhardtstraße 19 – 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit

Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung

Referat 221: Grundsatzfragen der GKV

11055 Berlin

nur per E-Mail an: 221@bmg.bund.de

**Verband Deutscher Alten-
und Behindertenhilfe e.V.**
Gemeinnütziger Fachverband

mit Sitz in Essen

Hauptstadtbüro

Reinhardtstraße 19

10117 Berlin

Fon 030 / 200 590 790

Fax 030 / 200 590 79-19

berlin@vdab.de

www.vdab.de

Berlin, 7. November 2014

Stellungnahme des VDAB zum Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zusendung des Gesetzentwurfes für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Der VDAB möchte diese Gelegenheit nutzen, die Gestaltung der geplanten Gesetzesänderungen aus der Sicht der Privaten Professionellen Pflege näher zu beleuchten:

A. Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf widmet sich zentralen Themen wie Verzahnung der Sektoren, Integrierte Versorgung und Delegation. Die Pflege- und Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Es stellen sich seit Jahren grundsätzliche Fragen, wie der demografischen Entwicklung zu begegnen ist. Für den VDAB gibt es dabei eine zentrale Erkenntnis. Die professionelle Pflege muss auch im Bereich der Krankenversicherung als wichtiger eigenständiger Leistungsbereich erkannt und aktiv in die Entwicklung eingebunden werden. Bislang ist sie in den meisten Fällen nur „Anhängsel oder Vehikel“ zur Umsetzung. Das muss sich aus unserer Sicht zukünftig ändern. Die Pflege sollte als wichtiger Teil der gesamten Gesundheitsversorgung gesehen werden. Wenn Entwicklung wie im Bereich E-Health oder die intersektorale Vernetzung und Versorgung zum Erfolg führen sollen, dürfen die Gedanken und die Einbeziehung relevanter Organisationen nicht an der Grenze des eigenen Sektors Halt machen.

Wir möchten deshalb nachfolgend aufzeigen, wo im Regelungsbereich dieses Gesetzentwurfes wichtige Schnittstelle zum Pflegebereich bestehen, die bisher unberücksichtigt geblieben sind:

Zu den Neuregelungen nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:

§ 22a Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung

Die Notwendigkeit einer Regelung ergibt sich für den Gesetzgeber offensichtlich aus der Erkenntnis, dass für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und behinderte Menschen einer besonderen Gefährdung der Mundhygiene ausgesetzt sind. Für den Bereich der professionellen Pflege können wir aus unserer praktischen Erfahrung bisher nicht bestätigen, dass es dort besonderen Aufklärungsbedarf gibt. Was den Anspruch des Versicherten auf individuelle Planerstellung angeht, sei der Hinweis gestattet, dass jeder Plan nur so gut ist, wie seine Umsetzung. Es macht deshalb keinen Sinn, einen Anspruch auf Planung in das Gesetz aufzunehmen, ohne auch Regelungen zur Bereitstellung der notwendigen Ressourcen zur Umsetzung zu treffen. In der Pflege herrscht bereits eine hohe Arbeitsverdichtung und ohne gesondert Vergütung einer solchen Versorgung wird es zu eine Umsetzung des Plan in der professionellen Pflege nicht kommen können.

Wir fordern deshalb eine gesonderte Finanzierung für die ambulante und stationäre Pflege, um den Ansprüchen aus den gesetzlich gewollten Plänen auch gerecht werden zu können.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

Die Praxis kommt es leider im Anschluss an Krankenhausbehandlungen immer wieder auf Grund der restriktiven Genehmigungspraxis der Krankenkassen zu Versorgungslücken für die Patienten. Die Ablehnungen fußen meist auf dem Hinweis, dass mit der Entlassung aus dem Krankenhaus die Behandlung abgeschlossen sei und deshalb kein Fall der Verkürzung oder Verhinderung eines Krankenhausaufenthaltes vorliege. Dies führt dazu, dass insbesondere Patienten ohne Pflegestufe, die beispielsweise einen allgemeinen Unterstützungsbedarf der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung haben, keine Leistungen erhalten können. Dies gilt es dringend zu ändern.

§ 39 Krankenhausbehandlung

Die gesamten Regelungen zum Entlassmanagement greifen nach unserer Ansicht zu kurz. Will man tatsächlich für den Patienten verlässlich Versorgungskontinuität schaffen, muss Entlassmanagement ganzheitlich gedacht werden. Das bedeutet, dass sich Experten schon bei Aufnahme mit der Entlassung befassen müssen. Ziel eines professionellen Managements muss sein, dass bei Entlassung der nahtlose Übergang in die weitere Versorgung bis hin zu notwendigen Hilfsmitteln gewährleistet ist. Dies setzt ein sektorenübergreifendes Zusammenspiel insbesondere mit der professionellen Pflege voraus. Es ist also nicht nur eine Aufgabe von Krankenhäusern und Ärzten.

Wir schlagen deshalb vor, den neu geschaffenen Absatz 1a wie folgt zu ergänzen:

In Satz 3: „Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 und nach § 132a Absatz 2 vereinbaren, dass diese Aufgabe des Entlassmanagements nach Satz 1 übernehmen.“

In Satz 7: „Das Nähere zu den Sätzen 1 bis 5 (...) und zur Ausgestaltung des Verwaltungsrechts nach den Sätzen 4 und 5, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die maßgebenden Vereinigung der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; (...)“

Dies Änderung wäre eine konsequente Umsetzung der bestehenden Versorgungspraxis, denn die Pflege übernimmt derzeit bereits zentrale Koordinationsaufgaben im Bereich des Entlassmanagements.

§ 71 Beitragssatzstabilität

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird in den Verhandlungen zur Vergütung häuslicher Krankenpflege regelmäßig von den Krankenkassen instrumentalisiert, um die Umsetzung realer Kostensteigerungen zu vermeiden. Die Krankenkassen begründen die Deckelung der Steigerungsmöglichkeiten auf die Höhe der Grundlohnsammensteigerung mit dem Hinweis auf die Beitragssatzstabilität. Damit wird die ambulante Pflege zu Unrecht in einer chronischen Unterfinanzierung gehalten und von der allgemein Preis- und Lohnentwicklung abgekoppelt wird.

Zur Vermeidung dauernder gerichtlicher Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen sollte gesetzlich klargestellt werden, dass die in § 71 Abs. 3 und Abs. 3a SGB V festgelegten Richtwerten auf die Verträge nach § 132a SGB V nicht anwendbar sind. Dies bedeutet, dass auch die durch das BMGS veröffentlichten Obergrenzen vorliegend nicht anzuwenden sind und es zu einem freien Aushandlungsprozess kommen muss.

Wir verweisen an dieser Stelle auf unseren Vorschlag, als neuen Satz 2 in § 132a Abs. 2 SGB V einzufügen:

„§ 71 findet keine Anwendung.“

§ 75 a Förderung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin

Aus der Sicht der Professionellen Pflege, die in Ihrem gesetzlichen Regelungszusammenhang vom SGB XI und SGB XI geprägt ist, können wir nur erstaunt konstatieren wie unterschiedlich der Sicherstellungsauftrag von Kranken- und Pflegeversicherung verstanden wird. Während es offensichtlich im Bereich des SGB V der Gesetzgeber mit einer gewissen Selbstverständlichkeit eine Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Fortbildung der Allgemeinärzten als Leistungserbringer sieht, werden im Bereich des SGB XI die Leistungserbringer und letztlich die Pflegebedürftigen genauso selbstverständlich mit in Frage der Finanzierung der Weiterbildung alleine gelassen.

Über die Sektoren hinweg muss gleiches Recht für alle gelten. Deshalb wäre eine entsprechende Regelung auch in SGB XI einzufügen.

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

Angesichts der wachsenden Bedeutung der Pflege für die sektorenübergreifende Versorgung ist es aus unserer Sicht überfällig, die maßgebende Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in den gemeinsamen Bundesausschuss aufzunehmen.

§ 92a Innovationsfonds

Wir begrüßen die Bildung des Innovationsfonds und sehen ebenfalls die Notwendigkeit den sektorenübergreifenden Ansatz im Rahmen des Gesetzes zu stärken. Da das Thema Pflege zukünftig auf Grund des demographischen Wandels einen immer größeren Stellenwert bekommt, schlagen wir im Rahmen auch des sektorenübergreifenden Ansatzes vor, in den Innovationsausschuss auch die Pflege als ständiges, beratendes Mitglied aufzunehmen. Denn so wäre gewährleistet, diesen Bereich in zukünftige Vorhaben einzubinden.

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Wir hatten bereits im Rahmen der Stellungnahme zum Pflege-Neuausrichtungsgesetzes, in dessen Zusammenhang auch § 119b in der aktuellen Fassung im SGB V geregelt wurde, festgestellt, dass die Zielsetzung der Regelung ist durchaus zu begrüßen.

Allerdings zeugt deren Umsetzung nach wie vor von einer Verkennung der Versorgungsrealität und von der stiefmütterlichen Behandlung der Pflegebranche und ihrer Verbände. Zu den Verbänden der Pflegebranche war bei der Vereinbarung lediglich Benehmen herzustellen, so dass es zu einer Regelungskompetenz der Partner aus § 82 I SGB V für die **pflegerische** Versorgung in stationären Pflegeheimen kam.

Darin sehen wir eine grobe Missachtung der Pflegeselbstverwaltung und der unternehmerischen Freiheit, die einer interdisziplinären Zusammenarbeit nicht förderlich sind.

Pflegeeinrichtungen sind nur gut genug, um auf ihrem Rücken eine „Transparenz“ herzustellen, zu der Ärzte und deren Verbände nicht bereit sind.

Es verwundert uns deshalb wenig, dass es bundesweit kaum zu Vertragsschlüssen mit stationären Pflegeeinrichtungen gekommen ist. Insbesondere der Tatsache, dass allein die kooperierenden Ärzte für den Koordinierungsaufwand vergütet werden, obwohl die vertragliche Leistungspflicht der Ärzte kaum über ihren allgemeinen Sicherstellungsauftrag hinausgeht, wirkt sich aus der Sicht der Pflegeeinrichtungen nicht gerade attraktivitätssteigernd aus.

Der vorliegende Gesetzentwurf unternimmt leider nicht den Versuch, diesen Zustand zu beseitigen. So ist zu erwarten, dass die Kooperationsvereinbarungen nach § 119b weiterhin ein Schattendasein führen werden.

§ 132a Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege

Unter Hinweis auf die Ausführungen zu § 71 fordern wir als neuen Satz 2 in § 132a Abs. 2 SGB V einzufügen:

„§ 71 findet keine Anwendung.“

Unternehmen der privaten professionellen Pflege werden leider immer noch in einigen Bereichen schlechter gestellt, als die Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege. Dies gilt es endlich zu beseitigen, weil die Maßgaben und Anforderungen an beide Leistungserbringer gleich sind. Deshalb fordern wir an dieser Stelle nochmals die **Streichung des Satzes 9 in Absatz 2.**

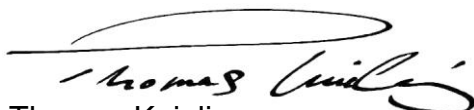
§ 279 Verwaltungsrat und Geschäftsführer

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Ausweitung der Mitglieder des Verwaltungsrates zur Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste beitragen. Wir halten das Vorgehen für ein Feigenblatt. Die Grundkonstellation, dass die Medizinischen Dienste auf Grund ihrer finanziellen Abhängigkeit von den Kassen nur scheinselbstständig sind, wird durch die Neuregelung nicht beseitigt. Vielmehr wird versucht, durch die Einbeziehung von Vertretern der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehöriger, das System der Pseudo-Unabhängigkeit weiter zu legitimieren.

Wir fordern stattdessen, die maßgebenden Organisation der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und der Pflegeeinrichtungen an der Installierung eines zentralen und neutralen Instituts für Qualitätssicherung zu beteiligen und so echte Unabhängigkeit herzustellen.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Vorschläge Eingang in die Überarbeitung des Gesetzesentwurfs finden. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Knieling
Bundesgeschäftsführer