

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0204(16.2)

gel. VB zur öAnhörung am 17.10.

2016\_PSGIII

12.10.2016



## **Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 12.10.2016**

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine  
nutzerorientierte Versorgung schaffen  
(BT–Drucksache 18/9668)  
und  
zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten  
(BT–Drucksache 18/8725)**

**GKV–Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288–0

Fax 030 206288–88

[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN .....</b>	<b>3</b>
<b>Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung     schaffen .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE .....</b>	<b>5</b>
<b>Pflege teilhabeorientiert und wortortnah gestalten .....</b>	<b>5</b>

## **I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen**

Die Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN sehen die Notwendigkeit der Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Hierzu müssen den Kommunen dauerhafte Möglichkeiten zum Ergreifen der Initiative bei der Pflegeberatung, der Pflegeplanung und Vernetzung der Angebote sowie die Übernahme deren Koordination zur Entstehung eines effizienten Hilfenetzes eingeräumt werden. Zur Umsetzung bedarf es zugleich der Ausstattung der Kommunen mit höheren finanziellen Mitteln. Hierbei ist die Nutzung der Mittel der verschiedenen Leistungsträger durch die Kommunen, etwa durch regionale Pflegebudgets, vorgesehen. Daneben sollten auch die unmittelbar Betroffenen, also in erster Linie die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, an der Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur besser beteiligt werden. Hierzu sollte ihnen ein stärkeres Beteiligungsrecht an verschiedenen Gremien auf kommunaler Ebene, aber auch auf Bundesebene im Rahmen des Qualitätsausschusses eingeräumt werden. Das bereits bestehende Beteiligungsrecht im Qualitätsausschuss soll in Form eines Stimmrechts der Vertreter der Pflegebedürftigen ausgestaltet werden. Für die Stärkung einer nutzerorientierten Versorgung vor Ort wird ein Anspruch auf einen individuellen Case-Manager als erforderlich gesehen.

### **Stellungnahme**

#### **Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege**

Der GKV-Spitzenverband vertritt die Auffassung, dass der Weg für eine sinnvolle Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege nicht in der Verlagerung von Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen – bei gleichzeitiger Finanzierung durch die Pflegekassen – und dem Aufbau von Doppelstrukturen und Insellösungen liegt, sondern vielmehr in einem gemeinsamen Handeln im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten. Statt eines dauerhaften Initiativrechts für Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten oder anderen vernetzten Beratungsangeboten sollten die Bundesländer die Möglichkeiten schaffen, dass auf kommunaler Ebene die bestehenden gesetzlichen Regelungen konsequent umgesetzt werden können. Für die Finanzierung der kommunalen Steuerungs- und Planungskompetenzen der Kommunen dürfen keine Beiträge der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, auch nicht aus einem Fond und für regionale Budgets.

#### **Stimmrecht für Pflegebedürftigenvertreter im Qualitätsausschuss**

Die Beteiligungsrechte der Interessensvertretungen der Pflegebedürftigen im Qualitätsausschuss sind umfassend in § 118 SGB XI und der Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung geregelt. Da-

nach haben die Vertreter der Pflegebedürftigen ein Mitberatungsrecht bei den Sitzungen und Beschlüssen des Qualitätsausschusses. Der Gesetzentwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes sieht zudem die Erweiterung der Mitwirkungsrechte in Form eines Antragsrechts vor. Damit erfolgt eine Angleichung der Beteiligungsrechte der Pflegebedürftigenvertreter an die der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V. Der Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI ist ein Beratungs- und Entscheidungsgremium der Vertragsparteien über Vereinbarungen zur Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen. Da die Pflegebedürftigen keine Vertragspartei sind und auch nicht für die Umsetzung der getroffenen Vereinbarungen verantwortlich sind, wäre die Übertragung eines Stimmrechts nicht angemessen. Vor dem Hintergrund der paritätischen Zusammensetzung des Qualitätsausschusses durch Kostenträger und Leistungserbringer würde darüber hinaus einer Stimme der Pflegebedürftigen bei Mehrheitsbeschlüssen (z. B. im erweiterten Qualitätsausschuss) ein unverhältnismäßig großes Gewicht zukommen.

#### **Anspruch auf unabhängiges individuelles Case-Management**

Das hier geforderte individuelle Fallmanagement ist bereits fester Bestandteil der Pflegeberatung nach § 7a. Hiernach ist es unter anderem Aufgabe der Pflegeberatung einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen. Für eine qualitätsgesicherte und einheitliche Durchführung der Pflegeberatung hat der GKV-Spitzenverband bereits im Rahmen des PSG II den gesetzlichen Auftrag erhalten, bis zum 31.07.2018 Pflegeberatungs-Richtlinien zu erlassen. Der Versorgungsplan ist nach Maßgabe dieser Richtlinien zu erstellen.

Die bestehenden Regelungen sind ausreichend um ein unabhängiges individuelles Fall-Management entsprechend dem individuellen Bedarf der Anspruchsberechtigten zu gewährleisten.

## **II. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE**

### **Pflege teilhabeorientiert und wortortnah gestalten**

Die Fraktion DIE LINKE erwartet Maßnahmen zur Schaffung gleichwertiger Lebensbedingungen in der Pflege für jeden Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf mit dem Ziel, jeder und jedem zu jeder Zeit eine bedarfsgedeckte Versorgung in hoher Qualität unabhängig vom Lebensort oder von der sozialen Situation zu sichern. Hierzu müssten die Pflegekassen als Rehabilitationsträger im § 6 SGB IX und gleichlautend im SGB XI sowie im Bundesteilhabegesetz verankert werden. Einhergehend ist eine Kostenverteilung zwischen der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung in der Gestalt vorgesehen, dass die Kosten einer medizinischen Rehabilitation durch die Krankenversicherung und die einer geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegeversicherung getragen werden sollen. Ebenso ist für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege vorgesehen, dass diese künftig vollumfänglich von der Krankenversicherung zu tragen sind, unabhängig vom Lebensort, also folglich auch in stationären Einrichtungen der Pflege und der Behindertenhilfe. Der Beirat zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 18c SGB XI soll beauftragt werden, Empfehlungen zur Personalausstattung, zu den fachlichen Anforderungen für Unterstützungsleistungen nach §§ 45a bis d SGB XI (neu) sowie zur notwendigen Beratungsqualität zur Verfügung zu stellen und deren Umsetzung zu evaluieren.

### **Stellungnahme**

#### **Pflegekassen als Rehabilitationsträger**

Sofern der Anreiz für die stärkere Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige gesetzt werden soll, ist dies als fachlich nicht begründet zu vertreten. Die geriatrische Rehabilitation wird offensichtlich mit Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von oder bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt. Dies ist nicht zutreffend. Zu berücksichtigen ist, dass mehr als 80 % der Rehabilitationsleistungen der GKV für Versicherte in einem Alter ab 65 Jahren erbracht werden. Nur ein kleiner Teil der Rehabilitationsleistungen der GKV sind jedoch geriatrische Rehabilitationsleistungen (2015 = ca. 10,6 % der Fälle). Der weitaus überwiegende Teil entfällt auf indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen. Leistungen der geriatrischen Rehabilitation werden nicht nur für pflegebedürftige Menschen erbracht, sondern bedarfsabhängig auch für Versicherte, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Umgekehrt benötigen pflegebedürftige Menschen nicht nur geriatrische, sondern überwiegend indikationsspezifische Rehabilitationsleistungen.

Wenn die Pflegekassen als Rehabilitationsträger in Betracht gezogen würden, würde eine Zuständigkeitsverlagerung für geriatrische Rehabilitationsleistungen somit zu kurz greifen, weil alle Rehabilitationsleistungen der GKV – so der gesetzliche Auftrag in § 11 Abs. 2 SGB V – darauf gerichtet sind, u. a. eine Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern. Offensichtlich erhoffte Impulse für eine stärkere Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit würden sich daraus nicht ergeben. Im Gegenteil bestünde die Gefahr, dass die Entscheidung über die im Einzelfall erforderliche Rehabilitationsleistung (geriatrisch oder indikationsspezifisch) nicht ausschließlich an dem individuellen Bedarf, sondern auch an Fragen der Zuständigkeitsabgrenzung orientiert werden. Der Vorschlag, die Pflegekassen sollen Rehabilitationsträger für geriatrische Rehabilitationsleistungen werden, ist daher abzulehnen.

#### **Empfehlungen des Beirates zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

Das SGB XI räumt der Selbstverwaltung sowohl für die Pflegeberatung als auch für die Personalausstattung sowie für die fachlichen Anforderungen für Unterstützungsleistungen Regelungskompetenzen ein. Die zusätzliche Beauftragung eines weiteren Gremiums ist sachlich nicht nachvollziehbar, zumal die bereits verankerten Regelungskompetenzen die Beteiligung der Vertreter des Beirates nach § 18c vorsehen.

#### **Krankenversicherung als Kostenträger der medizinischen Behandlungspflege**

Die Forderung, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V nicht als Sachleistungsbeträge über das SGB XI mitfinanziert werden dürfen und in diesem Kontext der Anspruch auf verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (medizinische Behandlungspflege) vollumfänglich als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren sei, entspricht bereits der geltenden Rechtslage. Soweit darüber hinaus gefordert wird, dass dies auch in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gelten soll, wird der Eindruck vermittelt, dass in Bezug auf die Finanzierung der pflegerischen Versorgung in diesen Einrichtungen, speziell der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung neu auszurichten ist, um die Pflegeversicherung zu entlasten. Dies ist nicht zutreffend. Der Antrag ist deshalb abzulehnen.

Auch nach höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) ist insoweit die Leistungsabgrenzung zwischen den Leistungen der Krankenbehandlung – als Leistungen der GKV – einerseits und den Leistungen der Eingliederungshilfe andererseits relevant. Entscheidend ist dabei nach der Rechtsprechung die Frage, welche behandlungspflegerischen Maßnahmen die Einrichtung schuldet, weil ohne sie die Eingliederungsaufgabe im Hinblick auf die Zielgruppe der Einrichtung nicht erreicht werden kann. Dabei hat das BSG festgestellt, dass die Einrichtungen

sogenannte einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege generell und nicht einfachste Maßnahmen nach Einzelfallprüfung in Abhängigkeit von den vertraglichen Regelungen, der Leistungsbeschreibung, der Ausrichtung des Aufgabenprofils der Einrichtung auf besondere Zielgruppen sowie der sächlichen und personellen Ausstattung als eigene Aufgabe zu erbringen hat. Diese Systematik stellt sicher, dass eine einheitliche Leistungserbringung durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer erfolgen kann und nicht in mehrere Bestandteile mit unterschiedlicher Kostenträgerzuständigkeit aufgesplittet werden muss. Hieran sollte festgehalten und der insoweit bestehende Auftrag der Eingliederungshilfe im SGB XII eindeutig gesetzlich definiert werden.

### **Stimmrecht für Pflegebedürftigenvertreter im Qualitätsausschuss**

Die Beteiligungsrechte der Interessensvertretungen der Pflegebedürftigen im Qualitätsausschuss sind umfassend in § 118 SGB XI und der Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung geregelt. Danach haben die Vertreter der Pflegebedürftigen ein Mitberatungsrecht bei den Sitzungen und Beschlüssen des Qualitätsausschusses. Der Gesetzentwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes sieht zudem die Erweiterung der Mitwirkungsrechte in Form eines Antragsrechts vor. Damit erfolgt eine Angleichung der Beteiligungsrechte der Pflegebedürftigenvertreter an die der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V. Der Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI ist ein Beratungs- und Entscheidungsgremium der Vertragsparteien über Vereinbarungen zur Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen. Da die Pflegebedürftigen keine Vertragspartei sind und auch nicht für die Umsetzung der getroffenen Vereinbarungen verantwortlich sind, wäre die Übertragung eines Stimmrechts nicht angemessen. Vor dem Hintergrund der paritätischen Zusammensetzung des Qualitätsausschusses durch Kostenträger und Leistungserbringer würde darüber hinaus einer Stimme der Pflegebedürftigen bei Mehrheitsbeschlüssen (z. B. im erweiterten Qualitätsausschuss) ein unverhältnismäßig großes Gewicht zukommen.