

AUSWIRKUNGEN DES GKV- MODERNISIERUNGSGESETZES (GMG)/ WER KASSIERT DIE ZUZÄHLUNGEN?

Was gilt ab 1. Januar 2004 für Pflegedienste und Patienten?

Aus dem im Juni durch die Bundesregierung vorgelegten Gesetzesentwurf zur „Modernisierung des Gesundheitssystems“ (GMG) ist innerhalb kürzester Zeit ein verändertes, aber gemeinsames Gesetz mit der CDU/CSU geworden. Opposition (außer der FDP) und Bundesregierung haben nicht nur ihren Willen zu Reformen im Bereich der sozialen Sicherungssysteme bekundet, sondern auch zusammen ein Gesetz vorgelegt und verabschiedet.

Am 17. Oktober hat der Bundesrat diesem Gesetz zugestimmt. Ab dem 1. Januar 2004 tritt dieses Gesetz in Kraft und wird insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung verändern. Aber obwohl das Gesetz noch nicht greift, wird bereits über weitere erheblich nachhaltigere Reformen debattiert. Bürgerversicherung oder Kopfpauschale sind die Stichworte mit der eine neu ausgerichtete Finanzierung der chronisch defizitären Krankenversicherung erreicht werden soll. Anhand dieser Diskussion wird eines deutlich: diese Reform ist ein „Reförmchen“, die weder Stabilität in die Finanzmisere der gesetzlichen Krankenversicherung bringt, noch den Leistungserbringern in diesem Feld dauerhaft Handlungssicherheit verschafft.

Ob der Wille der politischen Akteure gemeinsam zu handeln auch auf andere Reformvorhaben, z.B. in der Pflegeversicherung übertragbar ist, wird sich in den nächsten Monaten zeigen.

Wesentliche Ziele der Gesundheitsreform sind das Leistungsniveau für die Versicherten beizubehalten, die Ausgaben im Gesundheitssystem zu bremsen und

die Krankenkassenbeiträge zu senken. Weiterhin sollen Anreize für effiziente Leistungsstrukturen geschaffen werden. Im Kern wurden einige Leistungen gestrichen, regelmäßig Leistungszuzahlungen eingeführt und Teilleistungen ausgegliedert; andere Leistungsausgaben sollen zukünftig aus Steuermitteln den Kassen erstatt werden.

Tabelle 1: Übersicht einiger genereller Auswirkungen:

Beitragsentwicklung:	Der allgemeine Beitragssatz, hälftig finanziert von Arbeitgeber und Arbeitnehmer, soll von derzeit durchschnittlich rund 14,3 % im nächsten Jahr auf 13,6 % und 2006 auf 12,15 % sinken.
Ausgegliedert: Krankengeld und Zahnersatz	Das Krankengeld zahlt ab 2006 allein der Arbeitnehmer bzw. Versicherte in Form eines Aufschlages von 0,5 % auf seinen Sozialversicherungsbeitrag. Der Zahnersatz ist ab 2005 vom Arbeitnehmer zu finanzieren (ca. 10,00 € pro Monat)
Wesentliche Leistungsstreichungen:	Gestrichen wurden Sterbegeld, i.d.R. Zuschüsse für Sehhilfen, i.d.R. Taxifahrten zur ambulanten Behandlung, Entbindungsgeld.
Einführung von Zuzahlungen insbesondere:	für Arztbesuch, Heil- und Hilfsmittel, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe; Erweiterung der Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalt und Arzneimitteln.

Die Übersicht zu den generellen Auswirkungen macht deutlich, dass diverse Regelungen der Gesundheitsreform die Pflegedienste als Leistungserbringer und Arbeitgeber ebenso wie deren Kunden, insbesondere in der häuslichen Krankenpflege, betreffen.

Im Folgenden wird auf die aus der Sicht von Pflegediensten wesentlichen Auswirkungen der Gesundheitsreform näher eingegangen.

ZUZÄHLUNGEN IM DETAIL

Die Zuzahlungsregelungen für Patienten haben nicht nur Pflegedienste, sondern alle Leistungserbringer ebenso wie viele Versicherte und die Verbände zu Protesten bewegt. Insbesondere für die Patienten in der häuslichen Krankenpflege

konnten diverse Nachbesserungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens erreicht werden. Ausschlaggebend war, dass die Verhandlungsführer der Opposition sowie der Bundesregierung von den Argumenten der Pflegedienstverbände überzeugt werden konnten. Hauptargumente waren die geplanten geringeren Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte als für die häusliche Krankenpflege sowie die bestehende Mehrfachbelastung von Patienten in der häuslichen Krankenpflege.

Dabei spielte die Befürchtung vieler Pflegekräfte, dass finanziell schwache Patienten auf dringend medizinisch-pflegerisch erforderliche Leistungen verzichten könnten, eine zentrale Rolle.

Tabelle 2: Die wesentlichen Zuzahlungsregelungen ab 01. Januar 2004

Leistungsbereich SGB V	Zuzahlung	Anmerkung
Häusliche Krankenpflege (HKP) § 37 Abs. 5 in Verbindung (i.V.) mit § 61 Satz 3	10 % der Kosten maximal 28 Tage pro Kalenderjahr zzgl. 10 € je Verordnung	Gilt nicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Soziotherapie § 37 a i. V. mit § 61 Satz 1 Haushaltshilfe § 38 i. V. mit § 61 Satz 1	10% der kalendertäglichen Kosten, mind. 5 €, max. 10 €	
Arztbesuch, § 28 Abs. 4	10 € pro Quartal	Bei Überweisungen im gleichen Quartal fällt beim 2. Arzt keine weitere Gebühr an. Ebenso sind Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen ausgenommen.
Arznei- und Verbandmittel, § 31 i. V. mit § 61 Satz 1	10% des Preises, mind. 5 €, max. 10 €, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	
Heilmittel § 32 i.V. mit § 61 Satz 3	10% der Kosten, zzgl. 10 € je Verordnung	
Krankenhaus § 39 i.V. mit § 61 Satz 2	10 € pro Tag, auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.	
Hilfsmittel § 33 Abs. 2 Satz 4 i. V. mit § 61 Satz 1	10 % des Preises, mind. 5 €, max. 10 €, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten	Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel: 10 % je Verbrauchseinheit, aber nicht mehr als 10 € pro Monat
Neu: Notfallambulanz Krankenhaus oder ärztlicher Bereitschaftsdienst § 28 Abs. 4	10 € pro Quartal	Wenn die Quittung beim nachbehandelnden Arzt vorgelegt wird, so ist in diesem Quartal keine weitere Praxisgebühr für die ambulante ärztliche Behandlung fällig. Auch weitere Notfallbehandlungen in demselben Quartal sind von der Zuzahlung befreit.

ZUZAHLUNGEN IN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE

Der Gesetzgeber hat die Zuzahlung in der häuslichen Krankenpflege auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr festgelegt. Innerhalb dieser 28 Tage muss jeder Kunde in der häuslichen Krankenpflege zuzahlen, ausgenommen:

- ♦ Kinder, sofern sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder
- ♦ Personen, die bereits die gesetzlich höchstzulässige jährliche Gesamtzuzahlung (Belastungsgrenze) überschritten haben.

Die Höhe der Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten für die häusliche Krankenpflege entsprechend der Rechnungsbeträge des Pflegedienstes. Darüber hinaus zahlt der Kunde für die Ausstellung der Verordnung für häusliche Krankenpflege 10 €. Dieser Betrag gilt nach Auskunft des Staatssekretärs Schröder für die gesamte Verordnung, unabhängig davon, wie viele Leistungen verordnet werden.¹

Tabelle 3: Berechnungsbeispiel für Zuzahlung:

Leistungspreis für die Medikamentengabe inkl. Fahrkostenpauschale	3,00 €
Preis für 28 Leistungstage	84,00 €
10 % des Leistungspreises	8,40 €
plus 10 € pro Verordnung (für 28 Tage)	10,00 €
Maximale jährliche Zuzahlungssumme für den Patienten sofern keine weitere Ordnungsgebühr	18,40 €

Sofern die maximale Zuzahlungsdauer von 28 Leistungstagen je Kalenderjahr erreicht ist, müssen für die häusliche Krankenpflege keinerlei Zuzahlung mehr

¹ Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) vom 15. Oktober 2003

zu den Kosten der Leistung gezahlt werden. Im obigen Beispiel beträgt die jährliche Höchstzuzahlung für die häusliche Krankenpflege 18,40 €. Als Leistungstage zählen nur die Tage, an denen auch tatsächlich häusliche Krankenpflegeleistungen erbracht werden.

10 EURO

Hinsichtlich der Zuzahlung der Ordnungsgebühr von 10 € ist klarzustellen, ob diese nach 28 Tagen weiter gezahlt werden muss. Der bpa vertritt die Auffassung, dass diese 10 € eine Zuzahlung im Sinne des § 37 Abs. 5 SGB V sind und damit der 28-Tage-Regelung unterliegen. Ziel und Zweck dieser Regelung ist es, den Vorrang der häuslichen Krankenpflege zur Krankenhausversorgung (vgl. § 39 SGB V) abzusichern. Eine weitere Zuzahlung der Ordnungsgebühr – die im Übrigen eine Zuzahlung zu einer ärztlichen und nicht einer pflegerischen Leistung ist – über die 28 Tage hinaus würde dem ambulanten Vorrang des Gesetzes zuwider laufen und eine im Verhältnis zur Leistungszuzahlung unverhältnismäßig hohe Dauerbelastung darstellen. Folglich endet die Zuzahlungspflicht zur häuslichen Krankenpflege nach 28 Leistungstagen pro Jahr.

WER KASSIERT DIE ZUZAHLUNGEN?

Der Gesetzgeber hat eindeutig die Krankenkassen, wenn auch gegen deren Willen, zum Kassieren der Zuzahlungen zu verpflichten. Dessen unbenommen versuchen gegenwärtig einige Kassenvertreter mit Hinweis auf § 43 b Abs. 1 SGB V die Pflegedienste dafür verantwortlich zu machen. Diese Rechtsnorm galt bisher z. B. für Zuzahlungen zu Medikamenten und Zahnersatz. Einschlägig ist in der häuslichen Krankenpflege nicht die z.B. generelle Rechtsnorm nach § 43 b SGB V, sondern die spezielle Regelung nach § 37 Abs. 5 SGB V: „Versicherte (...) leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag (...) an die Krankenkasse.“ Daher hatte z.B. auch die

AOK in ihrer Stellungnahme zum GMG die Streichung des Zahlungseinzugs durch die Krankenkasse gefordert. Der neue § 37 Abs. 5 SGB V regelt die sog. Aktivlegitimation und die Zahlungsbeziehung zwischen Krankenkasse und Versichertem. Die Kasse hat Anspruch auf die Zuzahlung und der Versicherte ist ihr gegenüber zahlungsverpflichtet. Folglich rechnet der Pflegedienst wie bisher mit der Krankenkasse ab und diese hat die Zuzahlungen dem Versicherten in Rechnung zu stellen.

TIPP: Klären Sie Ihre Kunden in der häuslichen Krankenpflege über diese neuen Zuzahlungsregelungen auf und informieren Sie auch darüber, dass für den Arztbesuch eine Gebühr von 10,00 € pro Quartal zu entrichten ist.

HÖCHSTZUZAHLUNGEN PRO JAHR

Der Gesetzgeber hat die Zuzahlungen für alle Leistungen in der Krankenversicherung auf 2 % bzw. 1 % bei chronisch Kranken des Jahresbruttoeinkommens zum Lebensunterhalt des Haushaltes begrenzt (Belastungsgrenze).

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören **nicht:**

- ♦ Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetz erhalten, sowie
- ♦ Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Familien erhalten Kinderfreibeträge, bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze. (Weitere Details s. § 62 Abs. 2 SGB V n. F.)

Ist der maximale prozentuale Anteil an Zuzahlungen (Belastungsgrenze) erreicht, müssen keinerlei weitere Zuzahlungen innerhalb des Kalenderjahres, egal zu welchen Leistungen, gezahlt werden. Dieses gilt auch für Zuzahlungen in der häuslichen Krankenpflege. Eine Freistellung von der Zuzahlung aufgrund geringer Einkommen wie bisher entfällt. Hat ein Versicherter die Belastungsgrenze erreicht, stellt die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber aus, dass keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind (§ 62 Abs. 1 SGB V n. F.).

Die Höchstzuzahlung von 1 % gilt für Versicherte, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung sind.

Das Andauern der Krankenbehandlung ist der Krankenkasse spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen. Hierzu dürfte eine ärztliche Bescheinigung vermutlich weiterhin ausreichen. Der Bundesausschuss soll eine Definition zu den chronischen Erkrankungen in den Richtlinien nach § 92 SGB V liefern.

Sofern ein Pflegedienst ab 2004 neue Kunden in der häuslichen Krankenpflege im laufenden Jahr aufnimmt, sollte er mit diesen klären, ob überhaupt noch eine Zuzahlung erfolgen muss. Hat der Kunde bereits die maximalen Zuzahlungsbeträge, z.B. durch Zuzahlungen für Arzneimittel erreicht, entfallen weitere Zuzahlungen. Fehlt nur noch ein kleiner Restbetrag bis zur Belastungsgrenze, z.B. 50 €, so ist dieser bei der Zuzahlungsberechnung für die häusliche Krankenpflege zu berücksichtigen. Höchstens muss der Kunde allerdings 28 Tage zu den Kosten für die häusliche Krankenpflege zuzahlen.

Neu:

Bis zu welcher Höhe müssen Sozialhilfebezieher von ihrem monatlichen Regelsatz Zuzahlungen leisten?

Nach einem Urteil des Niedersächsischen Obergerichtes Lüneburg vom 06.05.04 (Aktenzeichen: 4 ME 88/04) muss ein Sozialhilfebezieher monatlich nur ein Zwölftel seiner Belastungsgrenze von

seinem Regelsatz bestreiten. Bei einem Regelsatz von 296 € (d. h. 3.552 € pro Jahr) und einer persönlichen Belastungsgrenze von 71,04 € (bzw. 35,52 € beim Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung) muss er also 5,92 € (bzw. 2,96 € beim Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung) monatlich an Zuzahlungen aus seinem Regelsatz leisten. Zuzahlungsbeträge, die über diesen Betrag hinausgehen, muss ihm der Sozialhilfeträger als Darlehen vorstrecken. Zur Tilgung des Darlehens darf der Sozialhilfeträger in den folgenden Monaten bis zu 5,92 € (bzw. 2,96 €) vom Regelsatz einbehalten.

TIPPS: Informieren sie die Kunden und weisen sie diese auf die Belastungsgrenzen sowie die entsprechenden Anträge und Beratungsaufklärungspflichten der Krankenkassen hin.

Neu:

Die Verbraucherschutzverbände weisen darauf hin, dass aufgrund der im GKV-Modernisierungsgesetz genannten steuerrechtlichen Bestimmungen ein höherer Freibetrag von 5.808 € pro Kind zu veranschlagen ist. Nähe Informationen und Musterschreiben, um Widerspruch bei der Krankenkasse gegen die Feststellung der Belastungsgrenze einzulegen, sind abrufbar unter: www.patientenprojekt.de.

WEITERE WESENTLICHE NEUERUNGEN

In der Vergangenheit ist immer wieder ein nicht unerheblicher Teil der ca. 170.000 Wohnungslosen in Deutschland in ein Krankenhaus eingewiesen worden, obwohl die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung nicht gegeben war. Die Krankenkassen hatten die Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege aufgrund eines fehlenden Haushaltes, z.B. auch bei Obdachlosenunterkünften, nicht bewilligen dürfen. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber den § 37 Abs. 2 um einen Satz ergänzt. Danach haben jetzt

Wohnungslose außerhalb von Pflegeheimen Anspruch auf Behandlungspflegeleistungen in Einrichtungen oder geeigneten Unterkünften. Hierdurch ist nunmehr die Möglichkeit eröffnet, diese Personen behandlungspflegerisch, z.B. in Obdachlosenunterkünften zu versorgen. Übernommen werden ausschließlich die Kosten für die Behandlungspflege, nicht für die Unterkunft und Verpflegung.

KOMPRESSIONSSTRÜMPFE

Nicht zuletzt aufgrund des umstrittenen Urteils des Bundessozialgerichts vom 30. Oktober 2001 hatten die Krankenkassen ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege für Pflegebedürftige massenhaft mit dem Hinweis auf die Zuständigkeit der Pflegeversicherung abgelehnt. Insbesondere das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen hatten die Krankenkassen i. d. R. ohne Einzelfallprüfung als Leistung der häuslichen Krankenpflege verweigert.

Ein pflegewissenschaftliches Gutachten,² dass der bpa hierzu vorgelegt hatte, kam zu dem Ergebnis, dass zwischen dem „An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen“ im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und dem An- und Ausziehen im Rahmen der Pflegeversicherung ein inhaltlicher und zeitlicher Zusammenhang, wie das Gericht ihn vorausgesetzt hatte, in der Regel nicht gegeben ist und somit die Krankenkasse leistungspflichtig ist. Dessen ungeachtet haben diverse Krankenkassen auch andere Leistungen ohne Überprüfung des Einzelfalls als krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen deklariert und in die Zuständigkeit der Pflegeversicherung verschoben. Teils erfolgte dieses mit Verweis auf die Begutachtungsrichtlinien des MDK und den damit zusammenhängenden Rechtsentscheidungen. Für den Pflegebedürftigen konnte dieses in der

² Pflegewissenschaftliches Gutachten zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 30. Oktober 2001 über die Gewährung häuslicher Krankenpflege (Kompressionsstrümpfe), Autoren Andreas Büscher und Andre Ewers, hrsg. v. bpa, Berlin, Januar 2003

Konsequenz bedeuten, dass er 60 % und mehr seines Sachleistungsanspruches in der Pflegeversicherung für Leistungen, die eigentlich der Krankenversicherung zuzuordnen wären, aufbringen musste.

Auf diese drastischen Auswirkungen haben die Bundesverbände der Pflegedienste immer wieder hingewiesen, z. B. auf einer öffentlich sehr beachteten Tagung in Kassel im letzten Jahr. Vor diesem Hintergrund hatte Bayern einen Gesetzesentwurf in den Bundesrat eingebracht. Auch wenn die Bundesregierung Regelungsbedarf in der Angelegenheit sah, ihre Stellungnahme fiel ablehnend aus. Dem Gesetzesantrag Bayerns wurde im Bundestag, insbesondere kurz nach Verabschiedung der Gesundheitsreform, seitens einschlägiger Abgeordneter keine Chance eingeräumt. Angesichts dieser Umstände haben insbesondere der bpa und die Wohlfahrtsverbände, unterstützt durch andere Bundesverbände, versucht, die Gesundheitspolitiker von einer Problemlösung im Rahmen des GMG zu überzeugen. Einen Tag vor der Abstimmung dieses Gesetzes hat der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages im Anschluss an die Anhörung seine Beschlussempfehlung vorgelegt. Danach sollte im § 37 Abs. 2 SGB V der Rechtsanspruch auf Behandlungspflege ergänzt werden: „der Anspruch umfasst das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.“³ Der Bundestag hat ebenso wie der Bundesrat dem Gesetz mit diesen Änderungen zugestimmt. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen hat in einem offiziellen Schreiben zu dem neuen Paragraphen § 37 Abs. 2 SGB V am 26. September klargestellt: „Damit fallen ab Inkrafttreten der Änderungen wieder alle krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.“ Weiterhin hält das

Staatsministerium fest an seiner an die Krankenkassen ausgesprochenen Verpflichtungsanordnung. „Danach ist die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen als Leistung der häuslichen Krankenpflege so lange im Wege der Sachleistung zu erbringen, bis die Pflegekasse die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch das Gesetz entsprechende Vereinbarungen mit den Pflegediensten sichergestellt haben.“

Dieser Rechtsauffassung folgend besteht so lange die Leistungspflicht der Krankenkassen wie die individuellen Voraussetzungen bei den Pflegebedürftigen (inhaltlicher und zeitlicher Zusammenhang zwischen den Leistungen der häuslichen Krankenpflege (SGB V) und den Leistungen der häuslichen Pflege (SGB XI), Leistungsdauer mindestens 6 Monate usw.) nicht vorliegen. Und selbst wenn diese vorliegen, muss eine Vereinbarung über die jeweilige Leistung zwischen den Pflegediensten oder deren Verbänden einerseits und den Pflegekassen andererseits bestehen.

Einige Krankenkassen sind zwischenzeitig dazu übergegangen die laufenden Widerspruchsverfahren, z. B. bezüglich der Kompressionsstrumpfleistung, durch Leistungsübernahme zu beenden. War das Ablehnungsverhalten der Krankenkassen im Zusammenhang mit krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen bereits in der Vergangenheit rechtlich höchst fragwürdig, so ist es durch die gesetzliche Klarstellung um so mehr. Das einige Betriebskrankenkassen trotz der neuen Gesetzeslage gegenwärtig versuchen, die Medikamentengabe bei Pflegebedürftigen in die Zuständigkeit der Pflegeversicherung zu verschieben, ist zu verurteilen und nur mit einem entschiedenen Beschreiten des Rechtsweges für die Zukunft zu verändern.

³ Deutscher Bundestag, Drucksache 15/1584 vom 24.09.2003

VERTRÄGE ZUR HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE

In den Bestimmungen zu den Verträgen zwischen Pflegediensten und Krankenkassen nach § 132 a SGB V ist eine Regelung zu Fortbildungen sowie zur Schiedsperson aufgenommen worden. Zukünftig sollen im Rahmen der Verträge nach § 132 a SGB V Regelungen getroffen werden über die Verpflichtung von Pflegediensten zur Fortbildung.

Sofern ein Dienst die vertraglich vereinbarten Fortbildungen nicht nachweist, sind Vergütungsabschläge zu vereinbaren.

Der Dienst muss anschließend innerhalb einer Frist die Fortbildung nachholen. Versäumt er dieses erneut, kommt sogar eine Kündigung des Vertrages in Betracht. So sinnvoll diese Regelung zunächst auch im Interesse einer qualitativen Leistungserbringung sein mag, es wird darauf zu achten sein, dass zusätzliche Anforderungen vergütungsrelevant sind und dass gemäß neuerer Rechtsprechung die Ausübung der Berufsfreiheit nicht tangiert wird.

DIE SCHIEDSPERSON

Seit Jahren hat der bpa zusammen mit einem Großteil der anderen Bundesverbände der Pflegeeinrichtungen eine Schiedsstelle für die häusliche Krankenpflege gefordert. Gemeinsam hatten die Verbände in einer Resolution vor fast drei Jahren die zentrale Forderung nach einer Schiedsstelle aufgestellt. Immer wieder kam es, so die Erfahrung der Verbände, zu gerichtlichen Auseinandersetzungen über die Höhe der Vergütungen oder diverse andere Vertragsinhalte. Vielen Pflegediensten sowie deren Verbänden wurden Verträge angeboten, über die kaum verhandelt wurde und die einzig aus Existenznot angenommen wurden, denn bis zu

rechtskräftigen Gerichtsentscheidungen dauert es Jahre.

Hier galt es, einen Interessenausgleich zwischen Krankenkassenmonopol und Pflegediensten bzw. deren Verbänden zu schaffen. Diesem Anliegen ist der Gesetzgeber nachgekommen, indem er eine Schiedsperson im Rahmen der nach § 132 a SGB V zu schließenden Verträge vorsieht.

In den Verträgen zur häuslichen Krankenpflege ab 2004 „ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt.“ (Vgl. § 132 a Abs. 2 SGB V n. F.). Fehlt die Einigung über die Schiedsperson, entscheidet die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse.

Auch wenn die Schiedsperson im Gegensatz zur Schiedsstelle nur die zweitbeste Lösung ist, sie stellt eine erhebliche Stärkung der berechtigten Interessen der Pflegedienste dar. In einigen Bundesländern hat sich die Schiedsperson in der Vergangenheit bereits als praktikabel erwiesen (z. B. Bayern oder Mecklenburg-Vorpommern). Vorrangig wird es nun darauf ankommen, die Schiedspersonen sobald als möglich auf Landesebene zu benennen bzw. bestellen zu lassen. Anschließend sollten wenn erforderlich sowohl leistungsgerechte Vergütungsforderungen als auch rechtlich fragwürdige Regelungen in einigen Verträgen den Schiedspersonen zur Prüfung vorgelegt werden.

Diese neue Regelung dürfte es einigen Krankenkassen wie, z.B. der BKK der Freien und Hansestadt Hamburg schwer machen, die Preise in der häuslichen Krankenpflege zu diktieren oder über Vertragsabschluss und Verunsicherung der Kranken Wohlverhalten zu erzeugen.

Tabelle 4: Übersicht weiterer Regelungen, die auch Pflegedienste betreffen

Gemeinsamer Bundesausschuss § 91 und § 92 SGB V n. F.	Der Bundesausschuss nach § 91 beschließt zukünftig als einheitlicher Ausschuss die Richtlinien. Der Bundesausschuss muss sich eine Geschäftsordnung und Verfahrensordnung geben. Patientenorganisationen sind an den Entscheidungen über die Richtlinie z. B. zur häuslichen Krankenpflege zu beteiligen. Neu ist § 91 Abs. 8, der festlegt, dass die Beschlüsse des Bundesausschusses für Versicherte und alle an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich sind.
Hausarztzentrierte Versorgung § 73 Abs. 1 - 4	Versicherte können sich freiwillig für mindestens ein Jahr bei einem Hausarzt einschreiben und nur auf dessen Veranlassung andere Fachärzte aufsuchen. Die Kassen können mit den Hausärzten Verträge auch über gesonderte Vergütungen schließen. Versicherten kann ein Bonus, z.B. geringere Zuzahlungen, gewährt werden. Die hausärztliche Versorgung ist damit nicht, wie ursprünglich geplant, zentrale Koordinierungsstelle der ambulanten Krankenversorgung geworden, aber dennoch aufgewertet worden.
Medizinische Versorgungszentren § 95 SGB V n. F.	Medizinische Versorgungszentren sollen fachübergreifend mit Angestellten oder Vertragsärzten neben Hausärzten die medizinische Versorgung übernehmen. Voraussetzung ist die Zulassung incl. Bedarfprüfung. Die Zentren dürfen in allen gesetzlich zulässigen Rechtsformen (z.B. GmbH oder BGB-Gesellschaft) betrieben werden, sofern Gründer/Gesellschafter aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten teilnehmen. Hierunter fallen auch Pflegedienste; damit besteht die Möglichkeit, sich an medizinischen Versorgungszentren zu beteiligen oder diese in eigener Trägerschaft zu gründen.
Ambulante Behandlung im Krankenhaus § 116 a – b SGB V n. F.	Sofern eine ärztliche Unterversorgung vorliegt, was insbesondere für Teile der ostdeutschen Bundesländer gilt, dürfen zukünftig auch Krankenhäuser die ärztlichen Aufgaben der Haus-/Fachärzte wahrnehmen. Folglich dürfen Krankenhäuser bzw. Ärzte dann auch dauerhaft Verordnungen häuslicher Krankenpflege ausstellen. Verbunden mit dem neuen Katalog bzgl. des ambulanten Operierens in Krankenhäusern ab 2004 ist die Rolle der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung deutlich ausgebaut worden. Die Notwendigkeit der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Pflegediensten wird durch diese Entwicklung verstärkt.
Integrierte Versorgung § 140 a - d	Die integrierte Versorgung ist neu geregelt worden. Gegenstand der integrierten Versorgung ist die Leistungssektoren (ambulant, stationär usw.) oder die Disziplin übergreifende (Ärzte, Apotheker, Pflegedienste) medizinisch-pflegerische Versorgung. Zur Durchführung schließen die jeweils zugelassenen oder zur Versorgung Berechtigten einen Vertrag in beliebiger Rechtsform miteinander. Ein Beitritt Dritter zu den Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung der Vertragspartner möglich. Die Vertragspartner können sich neuerdings auch darauf verständigen, Leistungen, die vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Erbringers nicht gedeckt sind, zu erbringen. Zur „Initialzündung“ dieser Versorgungsform sollen von 2004 bis 2006 1 % der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen, soweit erforderlich, eingesetzt werden. Auch wenn weiterhin diverse rechtliche Fragen, die das Vertragsverhältnis und die Haftung betreffen, ungeklärt sind, ist die integrierte Versorgung eine Versorgungsform der Zukunft. Bereits heute stehen Krankenhäuser und Ärzte in den Startlöchern. Pflegedienste sollten sich mit den Entwicklungen vor Ort vertraut machen und einen aktiven Part im Rahmen der Konstituierung anstreben.
Patientenbeauftragter § 140 SGB V n. F.	Der Patientenbeauftragte ist angesiedelt beim Bund mit der Aufgabe, die Interessen der Patienten gegenüber Kostenträgern, Behörden und Leistungserbringern zu vertreten. Anhörungs- und Stellungnahmerecht besteht z.B. auch bei der Richtlinie und der Bundesrahmenempfehlung zur häuslichen Krankenpflege. Da Pflegedienste häufig die erste Anlaufstelle für Leistungsablehnungen oder Leistungsverchiebungen von Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten sind, dürften diese Informationen auch für den Patientenbeauftragten hilfreich sein.
Bekämpfungsstelle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen § 197 a SGB V n. F. und § 47 a SGB XI n. F.	Sowohl Kranken- als auch Pflegekassen bzw. deren Bundes- oder Landesverbände haben organisatorische Einheiten zur Bekämpfung von Falschabrechnungen bzw. unzulässigen Personaleinsatz einzusetzen. Bei Verdacht auf strafbare Handlungen soll die Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden. Hinweisen an die Kassen soll entsprechend nachgegangen werden. Durch diese gesetzliche Regelung werden die in einigen Bundesländern seitens Krankenkassen initiierten „Eingreiftruppen“ zur Regel. Gelegentlich waren auch Pflegedienste in das Blickfeld dieser Ermittlungen geraten.

**GESUNDHEITSREFORM –
FLUCH ODER SEGEN FÜR DIE PFLEGEDIENSTE?**

Selten hat die häusliche Krankenpflege im Rahmen einer Gesundheitsreform derartig viel Aufmerksamkeit der Politik auf sich ziehen können.

Verantwortlich hierfür ist, dass es dem bpa, unterstützt durch die wesentlichen anderen Bundesverbände der Pflegedienste, gelungen ist, die Themen Zuzahlung für Patienten in der häuslichen Krankenpflege, die Leistungsverchiebung von der Kranken- in die Pflegeversicherung anhand der Kompressionsstrümpfe sowie die Notwendigkeit einer Schiedsstelle gezielt zu transportieren. Insbesondere zur Schiedsstelle und den

Kompressionsstrümpfen hat die überwiegende Mehrheit der Verbände die „Kasseler Forderungen“ kontinuierlich an den Gesetzgeber formuliert. Die Notwendigkeit der Aufnahme dieser Forderungen in eine Gesetzesänderung konnte den Gesundheitspolitikern in diversen Schreiben und Gesprächen einzelner Verbände deutlich gemacht werden.

Auch wenn nicht allen Anliegen der Bundesverbände, z.B. im Rahmen der Zuzahlungen oder zu den fehlenden Regelungen zur Krankenhausnachsorge Rechnung getragen wurde, die Gesundheitsreform hat zentrale Forderungen aufgegriffen und umgesetzt. Jetzt gilt es, die Instrumente zu nutzen und weiterhin auf die noch fehlenden Regelungen mit den notwendigen gemeinsamen Anstrengungen hinzuarbeiten.

Vorrangig ist dabei die Existenz der Pflegedienste durch leistungsgerechte Vergütungen, ggf. unter Einschaltung der Schiedsperson, zu sichern. Denn was nützt es, wenn der Gesetzgeber den Vorrang der häuslichen Krankenpflege vor dem Krankenhausaufenthalt postuliert, zwischenzeitlich die Struktur der Pflegedienste aber in seiner Existenz gefährdet ist. Dies belegen die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsstudie der Bank für Sozialwirtschaft (BFS) ⁴ und die zurückgegangene Anzahl der Pflegedienste in Deutschland.⁵

Die aktualisierten Musteranschreiben, mit denen die Patienten über die neuen Zuzahlungsregelungen in der häuslichen Krankenpflege informiert werden können, können weiterhin in den Landesgeschäftsstellen abgerufen werden.

⁴ Betriebsvergleich ambulanter Pflegedienste, hrsg. v. der BFS Service GmbH.

⁵ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2001