

Kostenrisiko Behandlungspflege

Positionen des SoVD für eine gerechte Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege

Einleitung

Es stößt vielfach auf Unverständnis und Kritik, dass die Leistungszuständigkeit der Krankenkassen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen nicht gilt. Der Sozialverband Deutschland (SoVD) hat immer wieder darauf hingewiesen, dass es sich bei der medizinischen Behandlungspflege um eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung handelt und die derzeitige Regelung pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen unzulässig benachteiligt. Mit dem vorliegenden Positionspapier erneuert und vertieft der SoVD seine diesbezügliche Argumentation.

Situationsbeschreibung

- Die Behandlungspflege umfasst medizinische Leistungen zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung, zum Beispiel Injektionen, Legen oder Wechseln von Blasenkathetern, An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Verabreichen von Medikamenten, Blutzuckerkontrolle oder Verbandswechsel. Die medizinische Behandlungspflege ist ein Kern der medizinischen Versorgung. Jede Maßnahme wird vom behandelnden Arzt verordnet und von examinierten Pflegefachkräften erbracht.
- Charakter und Bedeutung der medizinischen Behandlungspflege haben sich seit Einführung in den 1970er Jahren deutlich verändert. Erstens erhöht sich durch die immer kürzeren Liegezeiten in Krankenhäusern der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Zweitens ist der Begriff der Häuslichkeit nicht mehr trennscharf, weil die Versorgungs- und Pflegesituationen vielfältiger geworden sind.
- Versicherte haben Anspruch auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege als Teil der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V gegen die Krankenkasse, soweit sie im eigenen Haushalt oder diesen gleichgestellten Orten leben. Die Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege liegt bei ambulanter Pflege bei der Krankenversicherung.
- In stationären Pflegeeinrichtungen wurde sie dagegen 1996 – zunächst zeitlich befristet und später dann zur Dauerregelung erklärt – bei der Pflegeversicherung angesiedelt. Begründet wurde dies damit, dass die Übernahme der Kosten der Behandlungspflege für die Krankenversicherung „nicht zu verkraftende“ Mehrbelastungen und unerwünschte Beitragssatzsteigerungen bedeutet hätte, wodurch die Lohnnebenkosten gestiegen wären.¹

¹ Deutscher Bundestag (1996): Drucksache 13/3854 vom 26.02.1996, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Petra Bläss, Dr. Ruth Fuchs, Dr. Heidi Knake-Werner, Heidemarie Lüth und der Gruppe der PDS - Drucksache 13/3687 - Behandlungspflege in Heimen und Einrichtungen.

Kostenrisiko Behandlungspflege

- Eine Aufstockung der allgemeinen und pauschalen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung bei stationärer Pflege ist nicht erfolgt. Weil die stationären Leistungsbeträge meist nicht einmal die Kosten der Grundpflege abdecken, müssen die Kosten für die medizinische Behandlungspflege von den Betroffenen selbst – oder hilfsweise der Sozialhilfe – getragen werden.
- Alle Bewohnerinnen und Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung zahlen gemeinsam die Pflegeentgelte. Sie alle werden durch die als Bestandteil der Pflegeleistungen finanzierte Behandlungspflege höher belastet.
- Für pflegebedürftige Menschen mit einem außergewöhnlich hohen und langfristigen Bedarf an Behandlungspflege wurde inzwischen mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) der Anspruch auf medizinische Behandlungspflege gegen die Krankenkasse eingeführt. Er ist aber auf besondere Ausnahmefälle (Versorgung „rund um die Uhr“, z. B. Wachkoma) beschränkt.
- Diskutiert wird, ob eine Verlagerung der Finanzzuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zu den Krankenkassen auch unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten geboten wäre.
- Es handelt sich nach Hochrechnungen um ein Leistungsvolumen zwischen 1,1 und 2,3 Mrd. Euro², das aus dem Leistungsbereich der Sozialen Pflegeversicherung in den Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung transferiert werden könnte.
- Wenn die Krankenkassen diese Leistungen übernehmen sollen, müssten sie zur Erfüllung dieser Aufgaben entsprechend höhere Zuweisungen – ggf. als Pauschalen – aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Im Gegenzug regen einige Experten an, die Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI sowie die Pflegesätze der Einrichtungen entsprechend zu reduzieren. Die Einrichtungen sollen stattdessen eine pauschale Vergütung für medizinische Behandlungspflege von der Krankenkasse erhalten.³

2 Rothgang/Müller (2013): Verlagerung der Finanzierungscompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, S. 32.

3 Rothgang/Müller (2013), S. 5.

Problemanalyse

Die Leistungszuständigkeit der Pflegekassen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen ist in vielerlei Hinsicht problematisch:

- Die Finanzierung der Behandlungspflege durch die Pflegeversicherung führt in der Praxis zu erheblichen Unterschieden zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.⁴
- Weil die stationären Leistungsbeträge der Pflegeversicherung meist nicht einmal die Kosten der Grundpflege abdecken, müssen die Kosten für die medizinische Behandlungspflege von den Betroffenen selbst – oder hilfsweise der Sozialhilfe – getragen werden. Die medizinische Behandlungspflege wird so für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen zum privaten Kostenrisiko und kann Sozialhilfeabhängigkeit auslösen.
- Es gibt keinen sachlichen Grund, weshalb es beim Rechtsanspruch auf Leistungen der Krankenversicherung einen Unterschied macht, ob jemand medizinische Behandlungspflege im Heim oder zu Hause erhält. Es ist nicht zu rechtfertigen, dass medizinische Behandlungspflege als Standardleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung Menschen vorenthalten wird, die entsprechende Bedarfe haben. Dies ist besonders vor dem Hintergrund zu kritisieren, dass pflegebedürftige Menschen den vollen Krankenversicherungsbeitrag zahlen.
- Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen hat sich in stationären Pflegeeinrichtungen der Anteil der medizinischen Behandlungspflege zu Lasten der anderen Tätigkeitsbereiche spürbar erhöht. In der Folge müssen immer mehr Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in den Einrichtungen erbracht werden, ohne dass das dafür notwendige Personal ausreichend zur Verfügung gestellt und auskömmlich finanziert ist. In einigen Fällen kann es so zu Qualitätseinbußen in der Leistungserbringung zum Nachteil der pflegebedürftigen Menschen kommen.
- Verschärfend kommt hinzu, dass der Bedarf an Behandlungspflege (sowie sozialer Betreuung) nicht in die Berechnung einer Pflegestufe eingerechnet wird. Ein hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege erhöht folglich nicht die „Pflegebedürftigkeit“ gemäß SGB XI, die ihrerseits die Höhe der zur Verfügung stehenden Leistungen der Pflegekasse bestimmt.

⁴ Deutscher Verein (2013): Pflegesystem der gesellschaftlichen Strukturen anpassen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege, S. 5, http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2013/DV-10-13-Pflegesystem-den-gesellschaftlichen-Strukturen-anpassen.

Kostenrisiko Behandlungspflege

SoVD-Forderungen:

- ❶ Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich sind systemgerecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern.
- ❷ Die medizinische Behandlungspflege hat als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung die stationären Pflegeleistungen zu ergänzen, nicht (teilweise) zu ersetzen.
- ❸ Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen nicht nur melderechtlich als eigene Häuslichkeit bzw. ihr gleichgestellter Ort und damit auch als Häuslichkeit im Sinne des § 37 Abs. 2 SGB V gelten.
- ❹ Die medizinische Behandlungspflege muss im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (m-RSA) berücksichtigt werden, um einen „wettbewerbsverzerrenden Strukturunterschied zwischen den einzelnen Krankenkassen auszugleichen“.
- ❺ Forderungen, im Gegenzug der Verankerung der Finanzzuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege in der Krankenversicherung die Leistungen der Pflegeversicherung bei stationärer Pflege sowie die Pflegesätze der Einrichtungen entsprechend zu reduzieren, lehnt der SoVD ab.

Mittels vorgenannter Forderungen des SoVD ließe sich erreichen, dass

- die Zuordnung von Heil- und Pflege-Leistungen zur Kranken- und Pflegeversicherung systematisch zutreffend geregelt wäre,
- alle Kranken- und Pflegeversicherten unabhängig vom Aufenthaltsort nicht nur beitragsmäßig, sondern auch leistungsmäßig gleichbehandelt würden, was auch dem Gleichbehandlungsgrundsatz entspräche,
- das Budget der betroffenen Menschen, der Sozialhilfeträger und der Pflegeversicherung, entlastet würde,
- Versuche der Krankenkassen unterbunden werden, ihre Versicherten eher in stationären Pflegeeinrichtungen versorgen zu lassen, um so die wettbewerbsrelevanten Ausgaben für häusliche Krankenpflege (HKP) zu vermeiden. So würden Fehlanreize zur vermehrt stationären Pflege gemindert und dem Pflegeversicherungsgrundsatz „ambulant vor stationär“ besser entsprochen.