

**Antwort  
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust,  
Eva-Maria Kors, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), weiterer Abgeordneter  
und der Fraktion der CDU/CSU  
– Drucksache 14/8817 –**

**Versorgungsauftrag zur Sicherstellung der ambulanten Pflege und Betreuung****Vorbemerkung der Fragesteller**

Die Sozialstationen und ambulanten Pflegedienste leisten den entscheidenden Beitrag zur medizinischen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung. Diese Leistungen ermöglichen es, den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung überhaupt erst zu realisieren und umzusetzen. In den vergangenen Jahren wurden in diesem Bereich zahlreiche neue Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt geschaffen und umfangreiche Investitionen mit einem hohen persönlichen Engagement der Träger von Pflegediensten und Pflegediensthabern getätigt, die hierbei tatkräftig durch ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützt wurden.

Die Spaltenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigung der privaten Pflegedienste sowie der Landesverband des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe Mecklenburg-Vorpommerns sehen unter den aktuellen Rahmenbedingungen und insbesondere durch das Verhalten der Krankenkassen, wie der AOK Mecklenburg-Vorpommerns, den Versorgungsauftrag zur Sicherstellung der ambulanten Pflege und Betreuung nicht mehr gewährleistet.

**Vorbemerkung der Bundesregierung**

Die Krankenkassen schließen nach § 132a Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Verträge mit den Pflegediensten, um die Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege sicherzustellen; dabei werden die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie die Preise und deren Abrechnung geregelt. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen qualitativ ausreichend sind sowie wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Die vom Vertragsarzt verordnungsfähigen und vom Pflegedienst bei der Leistungserbringung zu beachtenden konkreten Leistungsinhalte der häuslichen Krankenpflege werden durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V) festgelegt. Die

im Herst 1999 vorgelegten Richtlinien sind zunächst vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandet worden. Der Bundesausschuss hat daraufhin die Richtlinien überarbeitet. Die Neufassung der Richtlinien ist seit dem 17. Februar 2000 in Kraft. Weiter sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a Abs. 1 SGB V) zu beschließen. In den Rahmenempfehlungen sind weitere Einzelheiten wie z. B. die Eignung der Leistungserbringer, Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen festzulegen. Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V sind bisher noch nicht zu Stande gekommen. Insbesondere konnten sich die Partner der Rahmenempfehlungen nicht auf die in den Rahmenempfehlungen zu beschließenden „Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen“ verständigen (§ 132a Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Die Aufsicht darüber, ob der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach den beschriebenen Vorgaben gewährleistet ist, führen die Aufsichtsbehörden. Aufsichtsbehörden über die Krankenkassen, deren Zuständigkeit auf ein Bundesland beschränkt ist, sind die für Gesundheit zuständigen Ministerien des jeweiligen Landes oder die durch Rechtsverordnung des Landes bestimmten Behörden. Für überregionale Krankenkassen ist das Bundesversicherungsamt zuständig.

Der Bundesregierung ist bekannt, dass es zu Auseinandersetzungen über die Vertragsgestaltungen, insbesondere über die Vergütungen gekommen ist. Da die konkrete Ausgestaltung der Verträge auf Ebene der Einzelkasse erfolgt, liegen Erkenntnisse über Vertragsauseinandersetzungen im Einzelfall nicht vor. Gleichermaßen gilt für Vorwürfe, die gegen einzelne Pflegedienste erhoben werden und daraus folgende Klageverfahren. Aus Presseberichten ist der Bundesregierung bekannt, dass es im Einzelnen auch hier zu Unstimmigkeiten bis hin zu Gerichtsverfahren gekommen ist, Erkenntnisse im Einzelfall liegen dagegen nicht vor. Vor diesem Hintergrund beantwortet die Bundesregierung die Fragen wie folgt:

1. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über Leistungseinschränkungen im Zusammenhang mit dem Versorgungsauftrag zur Sicherstellung der ambulanten Pflege und Betreuung vor?

Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung erläutert, ist die Überprüfung des konkreten Leistungsgeschehens Aufgabe der Aufsichtsbehörden. Es ist der Bundesregierung daher nicht bekannt, ob es zu Leistungseinschränkungen bei der ambulanten Pflege und Betreuung gekommen ist.

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Anspruch auf häusliche Krankenpflege in § 37 SGB V kodifiziert. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Konkretisiert werden die Leistungen in den am 14. Mai 2000 erstmals in Kraft getretenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V. Diese Richtlinien sind für die Krankenkassen verbindlich. Beachten einzelne Krankenkassen diese Richtlinien nicht und nehmen Leistungseinschränkungen vor, so ist dies durch die zuständige Aufsichtsbehörden über die Krankenkassen zu prüfen und ggf. aufsichtsrechtliche Maßnahmen zu ergreifen.

2. In welcher Höhe wurden pauschale Kürzungen, Kürzungen/Absetzungen von ausgehandelten Zuschlägen durch die Kostenträger vorgenommen?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung schließen die Krankenkassen nach § 132a Abs. 2 SGB V Verträge mit den Pflegediensten über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie über die Preise und deren Abrechnung. Dabei haben die Krankenkassen darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden.

Die Vergütungen für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden demnach auf regionaler Ebene zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten bzw. deren Verbände verhandelt und vertraglich vereinbart. Die Krankenkassen haben dabei unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auf eine wirtschaftliche und preisgünstige Leistungserbringung zu achten. Gleichzeitig müssen die Krankenkassen nach § 70 SGB V gemeinsam mit den Leistungserbringern eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung der Versicherten sicherstellen, so dass die vereinbarten Vergütungssätze sachgerecht sein müssen und eine ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung ermöglichen müssen. Sollten die von den Krankenkassen vereinbarten Vergütungen für die häusliche Krankenpflege aufgrund gestiegener Kosten nicht mehr sachgerecht und die Versorgung der Versicherten somit nicht mehr gewährleistet sein, wäre eine Anpassung der Vergütungen erforderlich. Das BMG hat auf den Inhalt der Vereinbarungen keinen unmittelbaren Einfluss.

3. In welchem Umfang wurden Kürzungen bzw. Streichungen der Wegepauschalen durch die Kostenträger vorgenommen?
4. Inwieweit und in welchem Umfang sind von diesen pauschalen Kürzungen, Kürzungen/Absetzungen von ausgehandelten Zuschlägen bzw. der Wegepauschalen jeweils private bzw. öffentliche und freigemeinnützige ambulante Pflegedienste betroffen?
5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkung der Kürzungen von Zuschlägen, Streichungen von Wegepauschalen etc. im Hinblick auf mögliche Beeinträchtigungen bei der qualitätsgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine konkreten Erkenntnisse vor.

6. In welchem Umfang sind der Bundesregierung Erkenntnisse über Betrugsvorwürfe und Klageandrohungen bzw. anhängige Klagen gegen ambulante Pflegedienste bekannt?
7. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über Anhörungen bzw. Ermahnungen von ambulanten Pflegediensten durch die Kostenträger vor, und wenn ja, in welchem Umfang und aufgrund welcher Sachverhalte wurden Anhörungen/Ermahnungen vollzogen?

Der Bundesregierung ist bekannt, dass es Betrugsvorwürfe gegen ambulante Pflegedienste gibt. Aus den in der Vorbemerkung der Bundesregierung erläuterten Gründen liegen jedoch keine Erkenntnisse über konkrete Einzelfälle vor. Gleichermaßen gilt für Anhörungen und Ermahnungen von Pflegediensten durch die Kostenträger.

8. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über Schadensersatzanforderungen und Verrechnungsandrohungen von Krankenkassen an Pflegediensten vor?
9. In welcher Höhe sind Schadensersatzforderungen und Verrechnungen vollzogen worden, und wurden hierdurch ambulante Pflegedienste in ihrer wirtschaftliche Existenz bedroht?

Der Bundesregierung liegen keine konkreten Erkenntnisse über Schadensersatzforderungen und Verrechnungsandrohungen von Pflegediensten an Krankenkassen vor.

10. Beabsichtigt die Bundesregierung Maßnahmen zu ergreifen, um Irritationen bezüglich der zukünftigen Gestaltung der Vergütung der ambulanten Pflegedienste, insbesondere in den neuen Bundesländern, zu vermeiden?

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung schließen die Krankenkassen nach § 132a Abs. 2 SGB V Verträge mit den Pflegediensten über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie über die Preise und deren Abrechnung. Dabei haben die Krankenkassen darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden.

Unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege sollen die Spaltenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spaltenorganisationen auf der Bundesebene gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

- die Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,
- die Eignung der Leistungserbringer,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
- Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung und
- Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen – vgl. § 132a Abs. 1 SGB V.

Diese bundesweiten Rahmenempfehlungen sind bisher nicht zu Stande gekommen. In den Empfehlungen sollen insbesondere auch Grundsätze der Vergütung geregelt werden. Das BMG hat sich mehrfach um Moderation der Verhandlung bemüht und Vorschläge zur Lösung gemacht. Nach neuesten Mitteilungen der Beteiligten sind die Verhandlungen erneut ergebnislos abgebrochen worden. Bevor das BMG darüber entscheiden wird, ob es einen weiteren Versuch der Moderation der Verhandlungen unternimmt, hat es zunächst die Beteiligten um eine Darstellung der Gründe für das Scheitern der Verhandlungen gebeten.