

**Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 10. April 2002****Kosten in der häuslichen Krankenpflege**

Ambulante Krankenpflege nach Sozialgesetzbuch V kann verordnet werden zur Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausbehandlung oder zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung.

Die neue Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist im Mai 2000 in Kraft getreten und wurde im Juli 2000 von den Krankenkassen im Land Bremen umgesetzt. Inhalt der Richtlinie ist die Verordnung häuslicher Pflege, deren Dauer und Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den Leistungserbringern.

Im Bereich der Finanzierung häuslicher Krankenpflege werden aber Konflikte immer deutlicher, so z. B. verklagen Pflegedienstverbände die Krankenkassen auf Übernahme der Kosten für häusliche Krankenpflege. Seit dem Erlass vom Juli 2000 sehen sich die Pflegeverbände einer wahren Flut von Ablehnungen und Kürzungen gegenüber.

Wir fragen den Senat:

1. Welche Kosteneinsparungen konnten bei den Krankenkassen in der häuslichen Krankenpflege im Lande Bremen seit Juli 2000 bis heute verzeichnet werden?
2. Welche Kosten wurden durch die behandlungs- und pflegebedürftigen Menschen in Bremen und Bremerhaven in der häuslichen Krankenpflege seit Juli 2000 durch private Mittel erbracht?
3. Wie hoch sind die Mittel für die häusliche Krankenpflege von der Krankenhilfe nach dem BSHG, die seit Inkrafttreten der Richtlinie erbracht wurden, und wie gestaltet sich die Höhe der Mittel im Vergleich zum Zeitraum vor der geänderten Richtlinie?
4. Wie hoch ist der prozentuale Anteil der Krankenkassen im Lande Bremen für die häusliche Krankenpflege?
5. Welche Pflegeverbände haben seit Juli 2000 die tarifliche Vergütung verändert, und welche Rückwirkungen hat dies konkret auf die Beschäftigten im Bereich der häuslichen Krankenpflege?
6. Welche Reduzierungen in der Leistungsvergütung der häuslichen Krankenpflege zwischen Krankenkassen und Pflegeverbänden hat es konkret gegeben?

Brigitte Dreyer, Eckhoff und Fraktion der CDU

D a z u

## **Antwort des Senats vom 30. April 2002**

Die o. a. Anfrage beantwortet der Senat wie folgt:

Zu Frage 1.: Welche Kosteneinsparungen konnten bei den Krankenkassen in der häuslichen Krankenpflege im Lande Bremen seit Juli 2000 bis heute verzeichnet werden?

Nach Auskunft der Krankenkassen im Lande Bremen sind seit Juli 2000 bis heute keine Einsparungen bei den Ausgaben für die häusliche Krankenpflege zu verzeichnen. Die Krankenkassen gehen vielmehr von Mehrausgaben aus. Die genaue Höhe der Mehrausgaben lässt sich nach Auskunft der Krankenkassen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beziffern.

Zu Frage 2.: Welche Kosten wurden durch die behandlungs- und pflegebedürftigen Menschen in Bremen und Bremerhaven in der häuslichen Krankenpflege seit Juli 2000 durch private Mittel erbracht?

Grund- und Behandlungspflegeleistungen, die nicht von den Kranken- und Pflegekassen finanziert werden, sind zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegediensten zu vereinbaren.

Über den Umfang dieser Leistungen und die damit privat getragenen Kosten können keine Angaben gemacht werden.

Zu Frage 3.: Wie hoch sind die Mittel für die häusliche Krankenpflege von der Krankenhilfe nach dem BSHG, die seit Inkrafttreten der Richtlinie erbracht wurden, und wie gestaltet sich die Höhe der Mittel im Vergleich zum Zeitraum vor der geänderten Richtlinie?

Der gewünschte Vergleich über die Aufwendungen der häuslichen Krankenpflege nach dem BSHG vor und nach dem Inkrafttreten der Richtlinie ist aufgrund der globalen Zusammenfassung aller Krankenhilfeleistungen nicht möglich.

Allerdings bestehen ab 2001 differenzierte Abrechnungszuordnungen.

Danach sind im Jahr 2001 insgesamt 773.195 € für die häusliche Krankenpflege abgerechnet worden.

Vom Januar bis März 2002 betrug das Ausgabevolumen für diesen Bereich 245.878 €.

Zu Frage 4.: Wie hoch ist der prozentuale Anteil der Krankenkassen im Lande Bremen für die häusliche Krankenpflege?

Nach Auskunft der Krankenkassenverbände beträgt der prozentuale Anteil für die häusliche Krankenpflege — bezogen auf die Gesamtausgaben — je nach Krankenkasse zwischen 1,4 bis 3,1 %. Diese Angaben beziehen sich auf das erste Quartal des Jahres 2002.

Zu Frage 5.: Welche Pflegeverbände haben seit Juli 2000 die tarifliche Vergütung verändert, und welche Rückwirkungen hat dies konkret auf die Beschäftigten im Bereich der häuslichen Krankenpflege?

Dem Senat ist nicht bekannt, dass es nach Einführung der Richtlinie zu Veränderungen in der tariflichen Vergütung kam.

Zu Frage 6.: Welche Reduzierungen in der Leistungsvergütung der häuslichen Krankenpflege zwischen Krankenkassen und Pflegeverbänden hat es konkret gegeben?

Das System der Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und Pflegediensten hat sich seit Einführung der Richtlinie zum 26. Juni 2000 und zum 1. Oktober 2001 verändert. Bis Oktober 2001 wurden für einzelne Leistungen feste Preise vereinbart, die in den jeweiligen Verhandlungen zwischen den Kostenträgern und Pflegediensten vertraglich festgelegt wurden.

Die Leistungen der Behandlungspflege wurden in Gruppen zusammengefasst, die unterschiedlich abgerechnet wurden. In einer Gruppe konnte jede einzelne verordnete Leistung separat abgerechnet werden, in der anderen kumulierten die Leistungen zu einem Höchstbetrag, egal wie viele Leistungen verordnet und erbracht wurden. Neben der Behandlungspflege wurde die Grundpflege, sowie bei besonders schwierigen Pflegesituationen (z. B. Schmerzpatienten, stark bewegungseingeschränkten Patienten) ein Zuschlag zur Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung rund um das Krankenbett als einzelne Leistung abgerechnet.

Da die Leistungsgruppen der Behandlungspflege zum 26. Juni 2000 neu vereinbart wurden und ein Teil der so genannten einfachen Behandlungspflege aufgrund der neuen Richtlinie in die Grundpflege integriert wurde, lassen sich die verschiedenen Systeme nicht miteinander vergleichen.

Seit dem 1. Oktober 2001 existiert ein neues Abrechnungssystem. Bei verordneter und genehmigter häuslicher Krankenpflege mit Grundpflege wird nach vereinbarten Pauschalsätzen abgerechnet. Das bedeutet, alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden mit einem Pauschalbetrag abgegolten. Die Anzahl der Leistungen der Behandlungspflege, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie evtl. Zuschläge zur Grundpflege und der Erstbesuch nach § 15 Absatz 1 bleiben unberücksichtigt. Die Pauschalbeträge richten sich nach der genehmigten Zahl der täglichen Einsätze. Einsätze von bis zu zweimal täglich können nach Verordnung bis zur Genehmigung durch die Kassen erbracht und abgerechnet werden, während Einsätze von dreimal täglich nur als Einzelfall nach gesondert begründeter Verordnung von den Krankenkassen vor Beginn der Pflege genehmigt werden müssen.

Wird bei einer Verordnung für häusliche Krankenpflege keine Grundpflege bewilligt, werden die einzelnen Leistungen der Behandlungspflege wie bisher separat abgerechnet.

Der Sozialhilfeträger folgt in seinen Einzelfallabrechnungen den zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Pflegediensten vereinbarten Leistungsvergütungen.

Die Preise haben sich in der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in den letzten Jahren wie folgt entwickelt:

Leistung	Bis 25.06.2000	26.06.00 - 30.09.01	Seit 01.10.2001	
Grundpflege	je Einsatz = 22,69	je Einsatz = 23,07 DM	Ohne Grundpflege Abrechnung der Einzelleistungen	Einsatz 1 x tgl. = 60,00 DM
Zuschlag Grundpflege	je Einsatz = 10,34	je Einsatz = 10,51 DM		Einsatz 2 x tgl. = 90,00 DM
Hauswirtschaftliche Versorgung	1 x tgl. = 11,32 2 x tgl. = 14,95	1 x tgl. = 11,51 DM 2 x tgl. = 15,20 DM		Einsatz 3 x tgl. = 120,00 DM
Verbandswechsel	13,38 DM	13,60 DM	14,00 DM	Alle Leistungen der Behandlungspflege werden mit den Pauschalbeträ- gen abgegolten
Medikation richten und verabreichen	6,62 DM	6,73 DM	6,94 DM	
Injektionen	6,71 DM	6,82 DM	6,94 DM	

In den Verhandlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den ambulanten Pflegediensten wurden bei der Vergütung von einzelnen Leistungen der Behandlungspflege Preiserhöhungen vereinbart. Durch die Einführung der Pauschalen kann es im Einzelfall zu einer Kürzung der Gesamtvergütung pro Fall kommen. Deutlich wird das anhand von Fallbeispielen, die einer jeweils üblichen Verordnungspraxis entsprechen:

bis 30.09.2001		seit 01.10.2001		bis 30.09.2001		seit 01.10.2001	
Leistung	Kosten*	Leistung	Kosten*	Leistung	Kosten*	Leistung	Kosten*
Grundpflege 2 x tgl.	46,14	Grundpflegepauschale 2 x tgl. beinhaltet: Hauswirtschaft 2 x tgl. Zuschlag 2 x tgl. Injektionen 2 x tgl. Verbandswechsel 1 x tgl. Medikation herrichten und verabreichen 2 x tgl.	90,00	Grundpflege 1x tgl.	23,07	Grundpflegepauschale 1 x tgl.	60,00
Hauswirtschaftliche Versorgung 2 x tgl.	15,20			Hauswirtschaftliche Versorgung 1 x tgl.	11,51	beinhaltet: Hauswirtschaft 1 x tgl.	
Zuschlag zur Grundpflege 2 x tgl.	21,02			Zuschlag zur Grundpflege 1 x tgl.	10,51	Zuschlag 1 x tgl.	
Injektionen 2 x tgl.	13,64			Injektion 1 x tgl.	6,82	Injektion 1 x tgl.	
Verbandswechsel 1 x tgl.	13,60			Verbandswechsel 1 x tgl.	13,60	Verbandswechsel 1 x tgl.	
Medikation herrichten und verabreichen 2 x tgl.	13,46			Medikation herrichten und verabreichen 1 x tgl.	6,73	Medikation herrichten und verabreichen 1 x tgl.	
<b>Gesamt</b>	<b>123,06</b>		<b>90,00</b>		<b>72,24</b>		<b>60,00</b>

\* Die Kosten sind zur Vergleichbarkeit in DM angegeben

Bei Verordnungen, die einen Einsatz von einmal täglich erfordern und weniger Einzelleistungen der Behandlungspflege enthalten, kann es im Einzelfall auch zu einer Erhöhung des Gesamtpreises kommen.

Die Gesamtkosten im Einzelfall werden außerdem durch die Dauer der Genehmigung für die häusliche Krankenpflege reduziert. Seit Einführung des Abgrenzungskataloges im Jahr 1997, der Leistungen der Behandlungspflege in die Grundpflege integrierte, wurde von den Krankenkassen auch die Dauer der Genehmigungen laufend reduziert. Bis dahin waren Genehmigungen bis zu 28 Tagen nicht nur in Ausnahmefällen möglich, während derzeit die Dauer der Genehmigungen bei Verordnungen in der Regel zehn Tage beträgt. Verlängerungen müssen neu verordnet und genehmigt werden. Die Krankenkassen tragen damit u. a. dem Umstand Rechnung, dass in der Vergangenheit zunehmend die Tendenz bestand, bei längeren Verordnungszeiten die Leistung auch dann voll auszuschöpfen, wenn sie medizinisch nicht mehr indiziert war.