

Senatsverwaltung für  
Gesundheit und Soziales  
II D 11

Berlin, den 09.09.2013

Telefon (928) 2306  
Fax (928) 2070  
Email Joerg-Manuel.Koschnick  
@sengs.berlin.de

An den  
Vorsitzenden des Hauptausschusses  
über  
den Präsidenten des Abgeordnetenhauses  
über  
Senatskanzlei – G Sen –

1246

**Vorlage zur Beschlussfassung  
über  
Haushalts- und Vermögensrechnung von Berlin für das Haushaltsjahr 2010**

hier: Finanzielle Nachteile für den Landeshaushalt bei der Vereinbarung von Vergütungen der stationären Pflege

**Vorgang:** 33. Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 13.06.2013

**Drucksache:** Nr. 17/1061

Das Abgeordnetenhaus hat in seiner oben bezeichneten Sitzung Folgendes beschlossen:

Das Abgeordnetenhaus erwartet, dass der Senat seiner Steuerungspflicht nachkommt, zur Vermeidung weiterer finanzieller Nachteile für den Landeshaushalt bei der Vereinbarung von Pflegevergütungen die Rechtslage umsetzt, den Nachranggrundsatz strikt einhält und die Bezirksämter bei der nachträglichen Realisierung von Ansprüchen gegenüber den Krankenkassen unterstützt.

Das Abgeordnetenhaus erwartet, dass dem Hauptausschuss zu allen nicht ausdrücklich terminierten Auflagen innerhalb von sechs Monaten über die Erledigung berichtet wird.

Ich bitte, den Berichtsauftrag mit der Darstellung als erledigt anzusehen.

Hierzu wird berichtet:

Bereits bei Einführung des Anspruches auf medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V am 01.04.2007 sind die Bezirksämter auf diese vorrangige Leistung der Krankenkassen hingewiesen und zur Geltendmachung von Erstattungsansprüchen nach § 104 SGB X aufgefordert worden. Diese Hinweise bezogen sich vor allem auf Personen, die bereits zum damaligen Zeitpunkt in gesonderten Wohnbereichen für langzeitbeatmete und für Menschen im Wachkoma versorgt wurden oder zu einem späteren Zeitpunkt aufgenommen wurden.

Wegen der noch fehlenden konkretisierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach dem SGB V sahen sich die Krankenkassen nicht sofort in der Lage, Entscheidungen zu treffen. Vor diesem Hintergrund wurde seinerzeit mit der AG der Pflegekassen und

Pflegekassenverbände in Berlin vereinbart, Ansprüche ggf. auch rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Antragstellung zu befriedigen.

Mit Inkrafttreten der Richtlinien am 11.08.2008 ist diese Absprache hinfällig geworden. Sämtliche Anträge der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bzw. Erstattungsansprüche der Bezirksämter sind ab diesem Zeitpunkt entsprechend der geltenden Rechtslage zu behandeln. Das bedeutet, dass Ablehnungen der Krankenkassen nur mit Widersprüchen bzw. Klagen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner oder im Rahmen der Feststellung von Sozialleistungen nach § 95 SGB XII durch den Träger der Sozialhilfe (Sozialämtern) begegnet werden kann.

Mit Schreiben vom 19.06.2012 sind die Bezirksämter vor dem Hintergrund der Ablehnungspraxis der Krankenkassen auf die Möglichkeit des Führens eines Musterprozesses hingewiesen worden. Es wurde verdeutlicht, dass ein Anspruch nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V nicht deswegen versagt werden darf, weil bisher noch kein Vertrag nach § 132a Absatz 2 SGB V mit der betreffenden Einrichtung abgeschlossen wurde.

Derzeit wird ein Berufungsurteil des Landessozialgerichtes Berlin/ Brandenburg zu dieser Problematik abgewartet. Erstinstanzlich war die beklagte Krankenkasse zur Leistung von medizinischer Behandlungspflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung verpflichtet worden. Das Sozialgericht Berlin brachte in dem Urteil zum Ausdruck, dass der in diesen Fällen grundsätzlich eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung e.V. (MDK) die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht richtig auslege.

Der Senat hat damit in diesem Fall seiner Steuerungsverantwortung entsprochen. Er wird die Entwicklung in dieser Angelegenheit weiterhin begleiten und die Bezirke entsprechend informieren. Im Rahmen des halbjährlichen Austauschgespräches mit der AOK Nordost wurde das bisherige Fehlen eines Mustervertrages kritisiert, der die Basis für die Einzelverträge nach § 132a Absatz 2 SGB V zwischen den Krankenkassen und den Heimträgern sein und eine einheitliche Umsetzungspraxis gewährleisten könnte. Die AOK Nordost hat die baldige Übersendung eines Mustervertrages in Aussicht gestellt und darüber informiert, dass in ihrem Zuständigkeitsbereich erste Einzelverträge – außerhalb Berlins – abgeschlossen werden konnten. Gemeinsame Verträge der Berliner Krankenkassen mit den betroffenen Einrichtungsträgern der Pflegeheime sollen baldmöglichst folgen.

Neben dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen trägt nach § 9 SGB XI auch das Land Berlin die Verantwortung für ein leistungsfähiges, zahlenmäßig ausreichendes und wirtschaftliches pflegerisches Versorgungsangebot. Dazu gehört auch die Versorgung bestimmter Personengruppen mit einem besonders intensiven Pflegebedarf wie Menschen mit psychischen oder demenziellen Erkrankungen, mit seelischen Behinderungen, Menschen im Wachkoma oder mit Langzeitbeatmungsbedarf. Beim Abschluss der Vergütungsvereinbarungen für diesen besonderen Personenkreis ist der Senat seiner Handlungs- und Steuerungsverpflichtung entsprechend der Rechtslage nachgekommen.

Grundlage für die Versorgung auch dieses Personenkreises ist der Landesrahmenvertrag zur vollstationären Pflege nach § 75 Absatz 1 und 2 SGB XI. Hierin haben die Vertragsparteien - die Pflegekassen und das Land Berlin als Kostenträger einerseits und die Anbieterverbände andererseits - festgelegt, dass die Versorgung dieser Personengruppen wegen des besonderen Pflege- und Betreuungsbedarfs in segregativen, abgetrennten Wohnbereichen zu erfolgen hat.

Bei der Einrichtung aller segregativen Wohnbereiche im Land Berlin stimmen die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin darin überein, dass die vom Bundessozialgericht entwickelten Anforderungen an gesonderte Pflegebereiche bei den Wohngruppen nach Anlage A – E des Berliner Rahmenvertrags gemäß § 75 Absatz 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege erfüllt sind. Die Plätze werden auf Dauer vorgehalten und die sächlichen und personellen Voraussetzungen werden genau definiert und vereinbart. Es handelt sich ausschließlich um

Personenkreise, deren Pflegebedarf so stark außerhalb der Bandbreite der sonstigen, vereinbarten Pflegepersonalschlüssel liegt, dass mit Rücksicht auf die anderen Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeheime weder eine Mitfinanzierung noch ein Verbleib dieser Menschen mit Intensivpflege- und -betreuungsbedarf in gemischten Wohngruppen möglich ist. Die Notwendigkeit der Versorgung in segregativen Wohnbereichen wurde bei Personen mit psychischen Erkrankungen, mit seelischen Behinderungen und demenzieller Erkrankung befürwortet, weil hier regelmäßig starke Verhaltensauffälligkeiten auftreten, die ein Zusammenleben mit anderen pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern ausschließen. In den kleineren Wohngruppen kann auf die besonderen Versorgungs- und Betreuungsbedarfe dieser Bewohnerinnen und Bewohner besser eingegangen werden; dadurch können Verhaltensauffälligkeiten erheblich vermindert, die Pflege und Betreuung und damit auch die Lebensqualität der Menschen verbessert werden. Die von der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung erarbeiteten Rahmenkonzeptionen und ihre Weiterentwicklung in den Anlagen A und E des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI dienen der Sicherstellung der an den speziellen Bedürfnissen der o.a. Pflegebedürftigen ausgerichteten Pflege und Betreuung in den Berliner vollstationären Pflegeeinrichtungen. Durch die Festschreibung fachlicher, personeller, sachlicher, baulicher und organisatorischer Standards wurde die Grundlage für eine fachgerechte Versorgung für diese Menschen mit besonders hohem Pflege- und Betreuungsbedarf geschaffen.

Eine vergleichbare Versorgungssituation liegt auch bei Wohngruppen vor, die für die Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit schweren und schwersten neurologischen Schädigungen (Wachkoma/ Remissionsphase in der Phase F) und für die Betreuung von langzeitbeatmeten Pflegebedürftigen eingerichtet wurden. Hier ist in der Regel eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung und die ständige Erreichbarkeit einer professionellen Pflegefachkraft erforderlich.

Der Landespflegeausschuss (LPA) hat empfohlen, hirngeschädigte Pflegebedürftige im Wachkoma (Phase F) nur in solchen Pflegeeinrichtungen unterzubringen, die die Vorgaben der oben genannten Rahmenkonzeption zu segregativen Wohngruppen beachten und umsetzen; die Einhaltung der Rahmenkonzeption sollte nach Ansicht des LPA im Übrigen zur Bedingung für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI und Vereinbarungen gemäß §§ 84 Absatz 5 und 85 SGB XI gemacht werden.

Die Bezirke sind darauf aufmerksam gemacht worden, bei allen Heimbewohnern, die in den Wohngruppen nach Anlage B oder C des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI leben oder neu aufgenommen werden, die Beantragung von Leistungen der Krankenkasse nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V zu verlangen und die Erstattung der Vorleistungen von der Krankenkasse nach § 104 SGB X zu beantragen.

Mario Czaja  
Senator für Gesundheit und Soziales