

10. Juni 2020

Stellungnahme

des Sozialverband Deutschland (SoVD) zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPREG)**

BR-Drucksache 19/1968

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1. Zusammenfassende Gesamtbewertung..... | 3 |
| 2. Neuer Leistungstatbestand „Außerklinische Intensivpflege“- grundsätzlich begrüßenswert, aber mit Nachbesserungsbedarf | 4 |
| 2.1. Kriterium der „tatsächlichen und dauerhaften“ Sicherstellung der Versorgung am vom Leistungsberechtigten gewählten Wohnort.... | 5 |
| 2.2. Zustimmung Dritter einfordern, statt zur Leistungsvoraussetzung zu machen | 8 |
| 2.3. Finanzielle Beteiligung der Betroffenen – Verschlechterungen abwenden, Verantwortung der Länder einfordern..... | 9 |
| 2.4. Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nicht generell ausschließen | 11 |
| 3. Rehabilitationsspezifische Regelungen | 12 |
| 3.1. Verordnung der Leistung durch besonders qualifizierte Vertragsärzt*innen | 12 |

| | | |
|------|---|----|
| 3.2. | Rehabilitationpotential erkennen und dokumentieren | 13 |
| 3.3. | Rehabilitationsaspekte im Entlassmanagement umfassend stärken 14 | |
| 3.4. | SoVD kritisiert fortbestehende Mehrkostenregelung | 15 |
| 3.5. | Zugangserleichterung für alle Rehabilitationsfälle gefordert | 16 |
| 3.6. | Leistungsdauer muss sich am individuellen Bedarf orientieren..... | 17 |
| 3.7. | Aufhebung der Wiederholungsfrist..... | 18 |
| 3.8. | Medizinischen Rehabilitation frühzeitig ermöglichen..... | 18 |
| 4. | Fazit..... | 19 |

1. Zusammenfassende Gesamtbewertung

Der SoVD unterstützt die Schaffung eines neuen Leistungstatbestandes für außerklinische Intensivpflege. Dieser Leistungsanspruch ist notwendig für Menschen mit unterschiedlichsten Erkrankungen, z.B. für Menschen, die an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) oder Muskeldystrophie erkrankt und deshalb auf Beatmung angewiesen sind, Menschen im Wachkoma, Menschen mit schweren Verbrennungen oder schweren internistischen Erkrankungen, Menschen mit Tracheostoma u.v.a.

Der SoVD setzt sich im Interesse dieser besonders vulnerablen Personengruppen dafür ein, dass die außerklinische Intensivpflege auf qualitativ hohem Niveau gewährleistet wird und eine verlässliche Versorgung sichergestellt ist. Dabei ist das Recht aller Menschen auf freie Wahl von Wohnform und Wohnort, wie es Art. 19 UN-Behindertenrechtskonvention normiert, zwingend zu beachten.

Der jetzt vorliegende Regelungsvorschlag zur außerklinischen Intensivpflege zeigt zwar im Grundsatz in die richtige Richtung und bedeutet im Vergleich zu früheren Referentenentwürfen, zu denen der SoVD sehr kritisch Stellung genommen hatte, erhebliche Verbesserungen auf.¹ Jedoch sind aus Sicht des SoVD noch dringend Nachbesserungen bzw. Klarstellungen zu folgenden Punkten erforderlich:

- Kriterium der „tatsächlichen und dauerhaften“ Sicherstellung der Versorgung (*Art. 1 Nr. 2 - § 37c II 2 NEU*)
- Versagung von Leistungen bei Zutrittsverweigerung durch Dritte (*Art. 1 Nr. 2 - § 37c II 7 NEU*)
- Finanzielle Beteiligung der Betroffenen (*Art. 1 Nr. 2 - § 37c III und IV NEU*)
- Verhältnis zur Häuslichen Krankenpflege (*Art. 2 Nr. 1 - § 37 II 3-NEU*).

Bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten soll künftig das Vorliegen der Indikation für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders geprüft sowie das Potential zur Reduzierung der

¹ SoVD-Stellungnahme vom 6. September 2019, abrufbar unter <https://www.sovd.de/index.php?id=700418> sowie Stellungnahme zum zweiten Referentenentwurf vom Dezember 2019, abrufbar unter <https://www.sovd.de/index.php?id=700479>

Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) erhoben und mit der Verordnung dokumentiert werden. Das Ziel der Regelung unterstützt der SoVD, denn damit wird die Selbstbestimmung der Betroffenen unterstützt und der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt.

Zusätzlich soll mit einem Bündel von Maßnahmen die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt werden. Vorgesehen sind u.a. die Beschleunigung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Kassen, die Reduzierung der Mehrkostenbeteiligung bei Auswahl einer anderweitigen Rehabilitationseinrichtung sowie Anpassungen im Entlassmanagement. Die Zielrichtung, den Grundsatz „Reha vor (und bei) Pflege“ zu stärken wird unterstützt. Die geplanten Regelungen zur Verbesserung der medizinischen Rehabilitation sollten sich hingegen nicht auf die geriatrische Rehabilitation beschränken. Um den Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ tatsächlich zu stärken, müssen die Aspekte der Rehabilitation, insbesondere der Früh-Rehabilitation, insgesamt stärker im Gesetzentwurf mitberücksichtigt werden. Rehabilitationsmaßnahmen sind zur Vermeidung und Reduzierung von bereits eingetretener oder drohender Pflegebedürftigkeit unverzichtbar.

2. Neuer Leistungstatbestand „Außerklinische Intensivpflege“- grundsätzlich begrüßenswert, aber mit Nachbesserungsbedarf

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c NEU)

Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege sollen künftig außerklinische Intensivpflege auf Grundlage der neu geschaffenen Spezialvorschrift des § 37c I 1 erhalten. Nach § 37c Absatz 1 Satz 2 – NEU liegt ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderliche medizinische Behandlungspflege sowie eine Beratung der Krankenkasse zur Auswahl des Leistungsortes. Die Leistung bedarf der Verordnung durch besonders qualifizierte Vertragsärzt*innen, vgl. § 37c Abs. 1 Satz 4 – NEU.

Bewertung des SoVD: Die Schaffung eines neuen Leistungstatbestandes für außerklinische Intensivpflege nach § 37 c –NEU wird im Grundsatz sehr begrüßt. Zugunsten dieses besonders vulnerablen Personenkreises, der auf die speziellen Leistungen in existenzieller Weise angewiesen ist, muss eine qualitativ bestmögliche Versorgung an dem vom Leistungsberechtigten gewünschten Wohnort sichergestellt werden. Hierfür setzt sich der SoVD mit Nachdruck ein.

Die konkrete Ausgestaltung der Normen muss sich an diesen Grundprämissen ausrichten. Daher sind aus Sicht des SoVD noch dringend Nachbesserungen bzw. Klarstellungen zu folgenden Punkten erforderlich:

- Kriterium der „tatsächlichen und dauerhaften“ Sicherstellung der Versorgung (*Art. 1 Nr. 2 - § 37c II 2 NEU*)
- Versagung von Leistungen bei Zutrittsverweigerung durch Dritte (*Art. 1 Nr. 2 - § 37c II 7 NEU*)
- Finanzielle Beteiligung der Betroffenen (*Art. 1 Nr. 2- § 37c III und IV NEU*)
- Verhältnis zur Häuslichen Krankenpflege (*Art. 2 Nr. 1 - § 37 II 3-NEU*)

Zu den nachzubessernden Punkten im Einzelnen:

2.1. Kriterium der „tatsächlichen und dauerhaften“ Sicherstellung der Versorgung am vom Leistungsberechtigten gewählten Wohnort

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c II NEU)

Nach § 37c Absatz 2 Satz 1 – NEU kann außerklinische Intensivpflege an diversen Leistungsorten erbracht werden. Benannt werden insbesondere vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Nr. 1), Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (Nr. 2), speziellen Wohneinheiten (Nr. 3) sowie der Haushalt oder die Familie oder sonst ein geeigneter Ort, insbesondere Schulen, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen (Nr. 4).

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann (Satz 2). Feststellungen hierzu trifft die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst. Satz 5 sieht eine jährliche Überprüfung der Entscheidung durch

die Krankenkassen vor. Liegen Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach Abs. 1 und nach Abs. 2 Sätze 1 - 3 nicht mehr vorliegen, kann die Krankenkasse die Überprüfung auch zu einem früheren Zeitpunkt durchführen.

Bewertung des SoVD: Der SoVD erkennt positiv an, dass im jetzt vorliegenden Entwurf eine Vielzahl von Leistungsorten gleichberechtigt nebeneinander aufgeführt sind, an denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann. Auch wurde, nach Kritik von SoVD und anderen Verbänden, darauf verzichtet, Wünsche der Betroffenen zum Leistungsort durch das aus der Sozialhilfe bekannte Wirtschaftlichkeitskriterium der „Angemessenheit“ einzuschränken. Auch das ist positiv anzuerkennen.

Allerdings besteht durch das Kriterium der „tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung der Versorgung“ weiterhin die Gefahr, dass das Recht behinderter Menschen nach Art. 19 UN-Behindertenrechtskonvention, Wohnort und Wohnform frei zu wählen, eingeschränkt werden kann.

Nach der derzeitigen Formulierung ist das Kriterium der „tatsächlichen und dauerhaften“ Sicherstellung nur dann zu prüfen, wenn Wünsche der Betroffenen zu ihrem Wohnort in Rede stehen. Es erschließt sich dem SoVD nicht, warum die Qualität der intensivpflegerischen Versorgung nicht an jedem der benannten und möglichen Leistungsorte sichergestellt werden muss. Auch wenn Betroffenen keinen speziellen Leistungsort wünschen, muss die Versorgung vor Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden.

Beschränkt sich das Kriterium der „tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung“ auf jene Leistungsorte, die sich Versicherte wünschen, besteht die Gefahr, dass Nachweispflichten einseitig auf die Versicherten verschoben werden. Leben Betroffene etwa in der eigenen Wohnung und können nicht nachweisen, dass die Leistungen dort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt sind, könnten die Krankenkassen ihnen die Finanzierung dieser existenziell wichtigen Leistungen versagen. Statt Versäumnisse ihres Pflegedienstes bei der Kasse anzuzeigen, könnten Betroffene aus Angst schweigen, um nicht die Versagung der Leistungen in ihrem Zuhause zu riskieren und zu einem Umzug in ein Pflegeheim gedrängt zu werden. Der SoVD kritisiert diese drohende Beweislastumkehr zulasten der Betroffenen außerordentlich.

Stattdessen fordert der SoVD eine gesetzliche Klarstellung, dass die Krankenkassen einen umfassenden gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die intensivpflegerische Versorgung haben. Das auch dann, wenn diese

in der eigenen Wohnung der Betroffenen erfolgt. Die Krankenkassen sollten in der Pflicht bleiben, die tatsächliche (gute) Versorgung der Betroffenen, einschließlich ihrer körperlichen und seelischen Verfasstheit zu gewährleisten und durch entsprechende Überprüfungen nachzuhalten. Der Blick allein auf die Organisation der Versorgung zu Hause reicht insoweit nicht.

Nochmals unterstreicht der SoVD, dass die außerklinische Intensivpflege an jeglichem Leistungsort auf qualitativ hohem Niveau erbracht werden muss und wirksame Kontrolle vorzusehen sind. Der SoVD hat in der Vergangenheit wiederholt auf eklatante Qualitätsdefizite in Pflegeheimen hingewiesen. Vor diesem Hintergrund kritisiert er die Absicht des Gesetzgebers, Betroffene bei (häuslichen) Versorgungsdefiziten regelhaft auf stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu verweisen (vgl. Gesetzesbegründung, S. 26 f.). Die dortigen Qualitätskontrollen und auch das Heimrecht gewährleisten nicht automatisch eine qualitativ gute intensivpflegerische Versorgung nach § 37 c SGB V. Sie sichern nur ein Mindestmaß an Güte bei medizinischer und pflegerischer Versorgung, wie es die Gesetzesbegründung selbst konstatiert. Defizite können schnell zu lebensbedrohlichen Konsequenzen für Intensivpflegepatienten führen. Daher sind die Krankenkassen gefordert, die Qualität der Versorgung nach § 37 c –NEU an allen gesetzlich zulässigen Leistungsorten gleichermaßen zu gewährleisten.

Ergänzend sieht der SoVD auch offene Fragen, die durch das beabsichtigte Regel-/Ausnahmeverhältnis von Leistungsorten entstünden. Sollte eine Krankenkasse die intensivmedizinische Pflege eines jungen Menschen in der Schule oder in der Werkstatt für behinderte Menschen nach § 37 c Abs. 2 Nr. 4 tatsächlich versagen und die betroffene Person stattdessen auf eine stationäre Einrichtung nach Nr. 1 oder 2 verweisen können? Der SoVD meint, dass die betroffene Person die Leistung sowohl am Leistungsort „Wohnen“ als auch am Leistungsort „Lernen/Arbeiten“ benötigt. Ein Vor-/Nachrang von Leistungsorten ist auch hier nicht zielführend und daher abzulehnen.

Notwendig ist stattdessen ein umfassender Sicherstellungsauftrag der Kassen für die außerklinische Intensivpflege an sämtlichen, gesetzlich normierten Leistungsorten. Dies trägt auch dem Grundsatz „Ambulant vor stationär“, der behindertenpolitisch seit vielen Jahren zu Recht forciert

wird, zugunsten der Menschen mit Behinderungen Rechnung und wirkt Verschlechterungen entgegen.²

2.2. Zustimmung Dritter einfordern, statt zur Leistungsvoraussetzung zu machen

§ 37 c II Satz 7 – NEU bestimmt, dass Leistungen am Leistungsort nach Satz 3 oder 4 (richtigerweise muss es hier wohl Satz 1 Nummer 3 und 4 heißen), versagt und Versicherte auf Leistungsorte nach Satz 1 Nummer 1 und 2 verwiesen werden können, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraumes durch eine dritte, in Bezug auf den Wohnraum berechnigte Person nicht erteilt wird und die Krankenkasse daher nicht überprüfen kann, ob die Leistungsvoraussetzung vor Ort gegeben sind (vgl. § 37 c Abs. 2, Satz 7, Nr. 2).

SoVD-Bewertung: Die Regelung sieht der SoVD kritisch, weil sie Leistungsansprüche der Versicherten von einem Verhalten Dritter abhängig macht, ohne dass die Versicherten im Zweifel auf dieses Verhalten Einfluss nehmen könnten. Zwar ist die Intention der Regelung nachvollziehbar, dass Krankenkassen für Überprüfungen vor Ort Zutritt zu Räumlichkeiten erhalten müssen und dafür die Zustimmung des Hausrechtsinhabers benötigen. Allerdings bestehen Zweifel, dass der Konnex zwischen Zutrittsverweigerung und Leistungsversagung am vom Betroffenen gewünschten Leistungsort verhältnismäßig und zielführend ist. Hier muss im Interesse der Intensivpflegebedürftigen eine akzeptable Lösung gefunden werden, zum Beispiel durch vertragliche Mitverpflichtung des Hausrechteinhabers, den Zutritt zu gewähren. Dies kann dazu beitragen, dass eine unberechtigte Verweigerung des Zutritts unterbleibt und so Prüfungen vor Ort tatsächlich möglich werden. Solche Lösungen liegen im Interesse der Krankenkassen wie auch der Versicherten. Und sie verhindern, dass ein Verhalten Dritter zulasten der betroffenen Versicherten wirken kann, indem diese die Leistung nur noch in einem stationären Pflegeheim oder eine Einrichtung der Behindertenhilfe erhalten können.

² SoVD-Stellungnahme vom 1. November 2016 unter <https://www.sovd.de/index.php?id=2743>.

2.3. Finanzielle Beteiligung der Betroffenen – Verschlechterungen abwenden, Verantwortung der Länder einfordern

Zu Art. 1 Nr. 2 (§ 37c III NEU)

§ 37c III NEU sieht vor, dass Versicherte, die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erhalten, Anspruch auf die Übernahme pflegebedingter Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben. Vom Anspruch umfasst sind zudem betriebsnotwendige Investitionskosten sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung.

SoVD-Bewertung: Die Regelung verfolgt das Ziel, die intensivmedizinische Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen attraktiv auszugestalten und die Betroffenen dort von finanziellen Kosten zu entlasten.

Der SoVD kritisiert mit Nachdruck die – nunmehr sogar verpflichtend vorgesehene – Übernahme von Investitionskosten durch die Krankenkassen. Damit werden den Bundesländern obliegende Finanzierungspflichten der Versichertengemeinschaft überantwortet. Die Länder sind nach § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Insoweit müssen sie auch notwendige Investitionen bei Pflegeeinrichtungen finanzieren. Doch dieser Pflicht kommen die Länder unzureichend nach. Stattdessen stellen Pflegeeinrichtungen die Investitionskosten mit Billigung der Länder den Pflegebedürftigen in Rechnung. Diese Kosten haben sich inzwischen zu einem großen Kostenfaktor für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen entwickelt und machen rund ein Viertel ihrer finanziellen Gesamtbelastung von bundesdurchschnittlich rund 1.940 Euro monatlich aus. Solch hohe Eigenanteile sind für viele pflegebedürftige Rentner*innen bereits heute aus der Rente nicht finanzierbar. Der SoVD fordert die Bundesländer mit Nachdruck auf, ihrer Verantwortung gerecht zu werden und die Investitionskostenförderung im notwendigen Umfang zu leisten. Dies wäre etwa in Form einer verbindlichen Investitionskostenquote für die Bundesländer sowie einer verpflichtenden Ausgestaltung der finanziellen Unterstützung der Länder bei den betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen denkbar.

Zu Art. 1 Nr. 2 (§ 37c IV NEU)

Nach § 37c Abs. IV Satz 1 müssen volljährige Versicherte eine Zuzahlung von 10 Euro je Kalendertag, begrenzt auf 28 Tage, leisten, wenn sie intensivmedizinische Pflege erhalten. Dies gilt gemäß Satz 2 jedoch nicht, wenn die außerklinische Intensivpflege an einem Ort nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, also z.B. im eigenen Haushalt oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen, erbracht wird. Dort sollen Versicherte Zuzahlungen nach § 61 Satz 3 SGB V leisten, d.h. konkret 10 Prozent der Kosten ohne zeitliche Begrenzung zuzüglich weiterer 10 Euro je Verordnung. Es gilt nach wie vor die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V.

Bewertung des SoVD: Der SoVD lehnt die geplante finanzielle Schlechterstellung von Versicherten ab, die außerklinische Intensivpflege in ihrem Haushalt oder an einem anderen Ort nach § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 - NEU in Anspruch nehmen. Derzeit leisten sie als Zuzahlung 10 Prozent der anfallenden Kosten, begrenzt auf 28 Tage im Jahr. Zumindest die zeitliche Begrenzung darf nicht entfallen. Der SoVD appelliert an den Gesetzgeber die Verschlechterung abzuwenden und zumindest die Begrenzung der Zuzahlungen für Leistungen nach § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 NEU auf 28 Tage fortzuschreiben. Dies gilt umso mehr, da bei stationärer Leistungserbringung eine deutliche finanzielle Entlastung für Betroffene vorgesehen ist und dort auch nur geringere Zuzahlungen zu leisten sind.

Ungeachtet dessen erneuert der SoVD seine generelle Kritik im Hinblick auf Zuzahlungen für gesetzlich Versicherte nach SGB V. Eine Inanspruchnahme notwendiger Leistungen darf nicht durch finanzielle Zusatzbelastungen von Patient*innen verhindert werden. Auf- und Zuzahlungen sowie Wahltarife führen tendenziell dazu, dass gerade sozial benachteiligte Personengruppen Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Auch die Regelungen zur Belastungsgrenze helfen hier nicht, da sie teilweise nur rückwirkend wirken. Sie helfen gerade denjenigen nicht weiter, die minimal über der Belastungsgrenze liegen. Doch gerade die Personengruppe weist damit überproportionale Belastungen im Vergleich zu den anderen Versicherten auf. Zudem ist die Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen höchst umstritten. Aus Sicht des SoVD kommt ihr generell nur eine geringe bis keine steuernde Wirkung zu. Zuzahlungen verschärfen vielmehr die soziale Spaltung und haben in der solidarischen Krankenversicherung keinen Platz.

2.4. Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nicht generell ausschließen

Zu Art. 2 Nr. 1 lit. a (§ 37 II 3- NEU)

Die Norm bestimmt, dass für Versicherte mit Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c – NEU kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 mehr bestehen soll. Die Regelung tritt gemäß Art. 5 Abs. 2 des Gesetzentwurfs 36 Monate nach Verkündung in Kraft.

Bewertung des SoVD: Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege darf nicht andere Leistungen zulasten der Versicherten verkürzen oder gar ausschließen. Zwar wird außerklinische Intensivpflege nach § 37c - NEU als weitergehende Leistung regelmäßig sämtliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege mit umfassen, wenn sie in Anspruch genommen wird. Allerdings sind die gesetzlichen Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege strenger gefasst (z. B. hinsichtlich des Prüfungsumfangs). Wird sie im Einzelfall nicht gewährt, dürfen Betroffene nicht zusätzlich auch noch von Leistungen der häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen werden. Sonst stünden die Betroffenen schlechter als Menschen mit geringerem Behandlungsbedarfen, die Anspruch auf diese Häusliche Krankenpflege, inklusive Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Verrichtungen, haben. Menschen mit hohen behandlungspflegerischen Bedarfen müssen das Recht haben, ohne die weitgehenden Leistungen nach § 37 c - NEU auch häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen zu können.

Daher plädiert der SoVD dafür, außerklinische Intensivpflege (§ 37c-NEU) und häusliche Krankenpflege (§ 37 II) im Vorrang-Nachrang-Verhältnis auszugestalten. So wird ein genereller Ausschluss vermieden. Konkret wird folgende Formulierung für § 37 Absatz 2 Satz 3 vorgeschlagen:

„Der Anspruch nach Satz 1 ruht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, solange sie Leistungen nach § 37c tatsächlich erhalten.“

3. Rehabilitationspezifische Regelungen

3.1. Verordnung der Leistung durch besonders qualifizierte Vertragsärzt*innen

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37 c I 4 – NEU)

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege sollen nur durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärzt*innen verordnet werden können. Dies sind nach der Begründung insbesondere Fachärzt*innen für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärzt*innen für Lungenheilkunde sowie Fachärzt*innen für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten sei das Vorliegen der Indikation für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen.

Bewertung des SoVD: Die Behandlungspflege umfasst medizinische Leistungen und ist ärztlich zu verordnen. Dies muss erst recht bei außerklinischer Intensivpflege zur Versorgung bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gelten. Die Prüfung und Beurteilung der Indikation und des rehabilitativen Potentials setzt besondere Anforderungen an die ärztliche Qualifikation voraus. Insgesamt müssen Aspekte der Rehabilitation bei der Prüfung und Beurteilung der Indikation stärker berücksichtigt werden. Dies gilt in besonderer Weise auch für die Intensivpflege. Der SoVD betont, dass der von § 37 c betroffene Personenkreis weit über beamtete Menschen hinausgeht und insbesondere auch die große Gruppe neurologischer Patient*innen betrifft. Insoweit erscheinen die in der Gesetzesbegründung benannten Facharztgruppen zu eng gefasst. Weitere Facharztgruppen mit Rehabilitationskompetenz sollten beteiligt werden. Der SoVD hält es insbesondere für notwendig, auch die Kompetenzen der Abteilungen fachübergreifender Frührehabilitation bzw. die Fachärzt*innen für physikalische und rehabilitative Medizin hier einzubinden. Damit rehabilitative Potentiale besser erkannt und Reha-Indikationen besser diagnostiziert werden, müssen zudem Pflegekräfte und Ärzt*innen speziell geschult werden. Die Kammern stehen in der Pflicht, hier Fortbildungen anzubieten. Zugleich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten, dass die Verordnung medizinischer Intensivpflege auch tatsächlich bundesweit flächendeckend sichergestellt ist.

In diesem Zusammenhang fordert der SoVD erneut eindringlich die systemgerechte Finanzierung der gesamten medizinischen

Behandlungspflege aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zur finanziellen Entlastung der solidarischen Pflegeversicherung. Die Finanzierung "zusätzlicher" Stellen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen durch das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) genügt nicht. Es sollte nicht nur der finanzielle Mehraufwand für neue Stellen, sondern die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege insgesamt aus Mitteln der Krankenversicherung erfolgen. Es stößt diesseits auf Unverständnis und Kritik, dass die Finanzierungszuständigkeit der Krankenkassen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen nicht gilt. Die Behandlungspflege ist eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung, denn sie umfasst medizinische Leistungen zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung. Für Leistungen in (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen ist sie derzeit systemfremd bei der Pflegeversicherung angesiedelt (vgl. §§ 41 I 1, 43 II 1 SGB XI), was in der Praxis zu erheblichen Unterschieden in der Versorgung von Personen in ambulanter und stationärer Versorgung führt. Dies geht infolge der Limitierung der Leistungen der Pflegekassen bei stationärer Pflege letztlich auch zulasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Denn sie tragen die Mehrkosten, die über den Betrag der Pflegekasse je Pflegegrad hinausgehen, in vollem Umfang selbst. Damit führen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die eigentlich der krankenkassenärztlichen Versorgung als originäre Versicherungsleistung unterliegen, u.U. zur vorzeitigen Erschöpfung des pflegegradabhängigen Pflegebudgets nach dem jeweiligen Pflegegrad, obwohl dies eigentlich nur für reine Pflegeleistungen zur Verfügung steht.

3.2. Rehabilitationspotential erkennen und dokumentieren

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37 c I 6 – NEU)

Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, soll künftig vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potential zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) erhoben und in der Verordnung dokumentiert werden. Begründet wird dies mit Hinweisen auf unnötige Verordnungen einer 24-stündigen ambulanten Intensivpflege in vielen Fällen ohne entsprechender Indikation und einer unzureichenden Ausschöpfung des Potentials. Dies betreffe insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatienten. Auch wird auf Berichte über den Einsatz von nicht

ausreichend qualifiziertem Personal, gerade in der ambulanten Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit, hingewiesen.

Bewertung des SoVD: Der SoVD begrüßt die Regelung als Schritt in die richtige Richtung zur Stärkung der frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf und -potential. Das Problem von Fehlversorgung und Missbrauchsmöglichkeiten im Bereich der Intensivpflege wird erkannt. Zu Recht wird in der Begründung ausgeführt, dass eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen werden, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben, ohne dass Rehabilitationspotentiale ausgeschöpft werden. Dabei kam es auch vor, dass beatmete Patient*innen mit dubiosen Praktiken von der Intensivstation direkt „abgeworfen“ wurden, etwa in Beatmungs-Wohngemeinschaften, statt ihnen die erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen und die Entwöhnung von der künstlichen Beatmung zu ermöglichen. So werden auf Kosten von Schwerkranken hohe Gewinne erzielt. Dies geht zulasten der Betroffenen, die in künstlicher Beatmung gelassen und ohne Rehabilitation nur noch „versorgt“ werden. Mit Blick auf die hohen und verbindlichen Ziele des SGB IX ist es unverzichtbar, Rehabilitationsbedarfe- und -potentiale frühzeitig und umfassend zu erkennen und auszuschöpfen. Dies fördert und sichert Selbstbestimmung und Teilhabe zugunsten der Betroffenen, wozu § 2 SGB IX verpflichtet.

3.3. Rehabilitationsaspekte im Entlassmanagement umfassend stärken

Zu Artikel 1 Nr. 3 a und b (§ 39 Abs. 1 und Absatz 1a S. 7 - NEU)

Es wird festgestellt, dass zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten gehört. Damit soll sichergestellt werden, dass keine voreilige Überführung von Beatmungspatient*innen in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung durch fachlich qualifizierte Ärzt*innen erfolgt. Zugleich wird klargestellt, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch eine erforderliche ärztliche Anschlussbehandlung im Wege der stationären Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus verordnen können. Letztere soll insbesondere dann gelten, wenn ein besonderes fachärztliches Versorgungsbedürfnis vom behandelnden Krankenhaus nicht erfüllt werden kann und eine ambulante fachärztliche

Anschlussversorgung aktuell nicht zur Verfügung steht. Die Begründung nennt exemplarisch Fälle, in denen nach intensivmedizinischer Krankenhausbehandlung mit maschineller Atemunterstützung eine längerfristige Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in Betracht kommt und in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus mit Weaningstation durchgeführt werden kann.

Bewertung des SoVD: Der SoVD begrüßt die Klarstellung und unterstützt die Zielsetzung, eine voreilige Überführung in die außerklinische Intensivpflege zu vermeiden. Das muss neben Beatmungspatient*innen für alle Intensivpflegepatienten gelten. Im Entlassmanagement sollte auch die Dimension der Früh-Rehabilitation gestärkt und unterstützt werden. Insoweit verweist der SoVD auf die Kompetenzen von Abteilungen fachübergreifender Frührehabilitation bzw. der Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Eine frühzeitig einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung soll frühestmöglich Fähigkeiten wie Sprechen, Essen und Bewegen wiederaufbauen bzw. erhalten und muss bei fortbestehendem, individuellen Bedarf auch im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in anderen Einrichtungen, insbesondere Reha-Einrichtungen, fortgesetzt werden.

3.4. SoVD kritisiert fortbestehende Mehrkostenregelung

Zu Artikel 1 Nr. 4 a (§ 40 Abs. 2 S. 4)

Nach § 40 Absatz 2 Satz 4 können Versicherte für eine stationäre Rehabilitation auch eine andere, von der Krankenkasse nicht bestimmte zertifizierte Einrichtung wählen. In diesem Falle sollen sie künftig nur noch die Hälfte der dadurch entstehenden Mehrkosten tragen, statt wie bisher die gesamten Mehrkosten.

Bewertung des SoVD: Die Intention der Neuregelung, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zu stärken, wird seitens des SoVD begrüßt. Allerdings bleibt unklar, warum eine hälftige Mehrkostentragung weiterhin befürwortet wird. Auch eine hälftige Kostentragung bedeutet eine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts: Betroffene müssen sich dieses weiterhin finanziell „leisten können“. Vor diesem Hintergrund befürwortet der SoVD die Streichung des Mehrkostenvorbehalts, wenn sich Versicherte für eine andere zertifizierte Einrichtung als die von der Krankenkasse bestimmte Einrichtung, entscheiden. Durch die Zertifizierung durch die Kostenträger ist die notwendige

Qualitätssicherung gewährleistet, sodass kein Grund ersichtlich ist, die Betroffenen an den Mehrkosten zu beteiligen.

3.5. Zugangserleichterung für alle Rehabilitationsfälle gefordert

Zu Artikel 1 Nr. 4 b aa (§ 40 III 2 ff. – NEU)

Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll künftig zur Erleichterung und Beschleunigung des Verfahrens nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können. Bei anderen Indikationen soll die Krankenkasse von der ärztlichen Verordnung nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen können. Die Krankenkasse muss dem Versicherten und den verordneten Ärzt*innen das Ergebnis ihrer Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mitteilen und die Abweichungen von der Verordnung begründen.

Bewertung des SoVD: Das Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Selbstständigkeit und die Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Patient*innen mit einer geriatritypischen Multimorbidität. Die vorgesehene Erleichterung und Beschleunigung des Genehmigungsverfahrens kann den Zugang zu geriatrischer Rehabilitation erleichtern, schafft allerdings Sonderrecht. Der Zugang zu organspezifischer Rehabilitation wird nicht erleichtert, obwohl gerade ein solcher auch älteren (geriatrischen) Patient*innen zugutekäme, für die der Zugang heute oft deutlich einschränkt ist. Der SoVD fordert insoweit Zugangserleichterungen für alle Bereiche der Rehabilitation. Rehabilitationsleistungen dienen der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. In der Begründung heißt es, es soll insbesondere die geriatrische Rehabilitation noch vor einer Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden möglichen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. § 18 SGB XI) gestärkt werden. Das gilt aber nicht nur für die geriatrische Rehabilitation, sondern beispielsweise auch für Jugendliche zur Vermeidung einer lebenslangen Pflegebedürftigkeit etwa nach einem Verkehrsunfall gleichermaßen. Die Zugangserleichterung des Satz 1 sollte daher für alle Fälle der Rehabilitation gelten, was dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ umfassend entsprechen würde. Soweit Bedenken bestehen, können die Krankenkassen den Medizinischen Dienst einschalten.

Der gesetzliche Anspruch pflegebedürftiger Menschen auf Rehabilitation muss in der Praxis verwirklicht werden. Dazu muss der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ endlich gezielt umgesetzt werden. Gerade chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen sowie ältere Menschen insgesamt sind von fehlenden Angeboten besonders betroffen. Um einen gleichberechtigten Zugang zu bedarfsgerechten Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen, muss das Angebot stationärer wie ambulanter und insbesondere aufsuchender Rehabilitation bundesweit flächendeckend ausgebaut werden.

3.6. Leistungsdauer muss sich am individuellen Bedarf orientieren

Zu Artikel 1 Nr. 4 b bb (§ 40 III 13 ff – NEU)

Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden ambulant für längstens 20 Behandlungstage oder stationär für längstens drei Wochen erbracht. Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sollen demgegenüber künftig ambulant in der Regel für 20 Behandlungstage oder stationär in der Regel für drei Wochen erbracht werden.

Bewertung des SoVD: Soweit sich die Stärkung allein auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation beschränkt, wird auf die Ausführungen unter Punkt 3.5 dieser Stellungnahme verwiesen. Die Intention, mit der Normierung verkürzte Leistungsbewilligungen, eine unnötige Folgebürokratie, Genehmigungsverfahren und möglichen Behandlungslücken entgegenzuwirken, wird erkannt. Allerdings fordert der SoVD, dass sich Leistungen der Rehabilitation konsequent ausschließlich am individuellen Bedarf des Rehabilitanden orientieren – dies muss insbesondere auch für Dauer, Umfang und Beginn dieser Leistungen gelten. Der SoVD weist darauf hin, dass gesetzliche Limitierungen im Bereich der Rehabilitation (vgl. § 40 Abs. 3 Sätze 1 und 4 SGB V hinsichtlich Dauer und Intervallen rehabilitativer Leistungen) vorrangig mit dem Ziel der Kostendämpfung für Kranken- und Rentenversicherung eingeführt wurden. Die jetzt beabsichtigten Änderungen mögen die limitierenden Regelungen gruppenbezogen etwas lockern, eine prinzipielle (Neu-) Ausrichtung des Rechts liegt darin jedoch nicht. Der SoVD fordert, auf gesetzliche Limitierungen bei Rehabilitationsleistungen zu verzichten und diese konsequent am individuellen Bedarf der Betroffenen ausgerichtet zu gewähren. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Regelbestimmungen stets die Gefahr bergen, in der Praxis als Obergrenze ausgelegt oder missverstanden zu werden, was ebenso Folgeanträge, weitere

Genehmigungsverfahren und möglicherweise Behandlungslücken auslösen kann.

3.7. Aufhebung der Wiederholungsfrist

Zu Artikel 1 Nr. 4 b dd (§ 40 III 16 – NEU)

Für Versicherte gilt nach § 40 Absatz 3 Satz 6, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden können (Wiederholungsfrist). Dieser Grundsatz soll für Minderjährige aufgehoben werden, um den besonderen gesundheitlichen Bedingungen des Kindes- und Jugendalters Rechnung zu tragen und einen Gleichklang mit den für den Bereich der Rentenversicherung geltenden Regelungen herzustellen.

Bewertung des SoVD: Die Aufhebung der Wiederholungsfrist für Minderjährige ist richtig, denn sie unterstützt eine bedarfsdeckende Versorgung für Minderjährige. Eine bedarfsdeckende Versorgung muss jedoch für alle Versicherten möglich sein. Auf die Ausführungen unter Punkt 3.6 wird insoweit vollumfänglich verwiesen, weshalb auf die Wiederholungsfristen insgesamt verzichtet werden sollte.

3.8. Medizinischen Rehabilitation frühzeitig ermöglichen

Zu Artikel 3 Nr. 1 (§ 7a I 3 Nr. 3 SGB XI)

Die Aufgaben der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 Absatz 1 Satz 3 SGB XI ergänzt. Mit der vorliegenden Ergänzung, die sich konkret auf das Vorliegen einer Rehabilitationsempfehlung aus einem Begutachtungsverfahren bezieht, werden die Pflegekassen verpflichtet, im Rahmen der Beratung auf deren Umsetzung ein besonderes Augenmerk zu richten und die Versicherten dementsprechend zu unterstützen.

Bewertung des SoVD: Rehabilitationsleistungen dienen der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die Aufmerksamkeit auf Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation zu stärken ist richtig, auch im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, etwa um Pflegebedarf zu reduzieren. Wichtig ist aber auch, dass

Rehabilitationsmaßnahmen bereits weit vor dem Eintreten einer Pflegebedürftigkeit genutzt werden, um Pflegebedarf zu vermeiden oder zu mindern. Deshalb müssen auch im Rahmen der Prüfung der Verordnung der Leistung außerklinischer Intensivpflege unter Beteiligung weiterer Facharztgruppen mit Rehabilitationskompetenz Aspekte der Rehabilitation frühestmöglich mitberücksichtigt werden.

4. Fazit

Zahlreiche Regelungen des Gesetzentwurfs weisen im Grundsatz in die richtige Richtung, fordern aber dringende Nachbesserungen im Bereich der intensivmedizinischen Pflege. Zusätzlich dürfen die Regelungen zur Verbesserung der medizinischen Rehabilitation sich nicht auf die geriatrische Rehabilitation beschränken. Aspekte der Rehabilitation kommen insgesamt zu kurz und müssen stärker mitberücksichtigt werden.

Berlin, 10. Juni 2020

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik