



**Gewerkschaft der
Sozialversicherung**

Bundesgeschäftsstelle
Müldorfer Straße 23
53229 Bonn

6. September 2019

Stellungnahme der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS) zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Kranken- versicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Vorbemerkung

In dieser Stellungnahme gehen wir auf die intensivpflegerische Versorgung ein. Bezüglich der Stärkung der Rehabilitation verweisen wir auf die Ausführungen unserer Dachorganisation dbb – beamtenbund und tarifunion.

Bewertung

Die GdS begrüßt grundsätzlich den Vorstoß des Gesetzgebers. Der Referentenentwurf sieht einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege im Sozialgesetzbuch (§ 37 c SGB V) vor. Entsprechende Leistungen sollen regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht werden. Intensivpflege mit Beatmung soll nur noch in Ausnahmefällen im Haushalt der Betroffenen erfolgen. Nur im Fall von Minderjährigen soll dies die Regel bleiben. Für die betreffenden vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen strengere Qualitätsanforderungen gelten, die auch unangekündigte Qualitätskontrollen beinhalten.

Der Eigenanteil der Versicherten in diesen vollstationären Einrichtungen soll erheblich reduziert werden. Krankenkassen können laut Entwurf in der Satzung regeln, dass auch die vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung ganz oder zum Teil übernommen werden (§ 37c Abs. 3 SGB V).

Aus Sicht des Betroffenen und deren Angehörigen ist es grundsätzlich eine finanzielle Belastung, außerklinisch durch Dritte versorgt zu werden. Dabei ist die häusliche Ver-

In der folgenden Stellungnahme wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen aller Geschlechter.

sorgung finanziell noch die attraktivste Versorgung. Nach dem neuen § 37c Abs. 4 SGB V soll die Zuzahlung auf 28 Tage begrenzt werden. Die Belastungsgrenzen nach § 61 bzw. § 62 SGB V gelten entsprechend. Allerdings ist zu beachten: Es gibt viele Pflegedienste, die die Pflegeleistungen nicht nach einer Stundenvergütung abrechnen, sondern nach Leistungskomplexen. D. h., wenn eine hohe Anzahl an pflegerischen Maßnahmen erfolgt, ist der Eigenanteil zu den Leistungen der Pflegekasse zu berücksichtigen. Dies kann auch dazu führen, dass der Versicherte aus dem Bereich des SGB XI heraus überproportional mit Eigenanteilen belastet wird.

In stationären Pflegeeinrichtungen der Phase F sind die Eigenanteile sehr hoch und variieren nach den jeweilig verhandelten Pflegesätzen für die Versicherten. In diesem Fall ist die Leistungspflicht der Pflegekasse nur bis zu den entsprechend bekannten Höchstbeträgen in den einzelnen Pflegegraden gegeben.

In sogenannten Wohngruppen erfolgt eine 1 zu 3 oder höhere Form der Versorgung des Versicherten. In diesen Wohnformen beziehen die betroffenen Menschen entweder Einzel- oder Doppelzimmer. Der Eigenanteil beläuft sich auf den Wohn- und Lebensmittelanteil der Wohnung und zusätzlich zu diesen Kosten auf die Eigenanteile aus der Verordnung der häuslichen Krankenpflege.

In allen drei Versorgungsformen sind Sicherheitsstandards in Richtung der Versorgung nur bedingt durchsetzbar. Zwar darf nach jetziger Vorschrift nur examiniertes Personal eingesetzt werden. In der Realität wird aufgrund des Fachkräftemangels aber nicht nur examiniertes Personal, sondern auch Personal mit geringerem Ausbildungsstand eingesetzt.

Fazit

Die Intensivpflege von Beatmungspatienten zu Hause oder in sogenannten Pflege-WGs ist zu einem Millionengeschäft herangewachsen. Statt dafür zu sorgen, dass Patienten mit einer künstlichen Beatmung schnell wieder lernen, selbst zu atmen, werden Betroffene oft so lange wie möglich an Maschinen angeschlossen. Darüber hinaus ist gerade dieser Bereich anfällig für Abrechnungsbetrug. Sogenannte Intensivpflegedienste werden in zunehmendem Maße von Großinvestoren aufgekauft. Die Versorgungen werden dann möglichst mit günstigem Personal besetzt und der Versicherte wird durch nicht adäquat weitergebildetes Personal versorgt. Hier muss eine verstärkte Kontrolle stattfinden. Dies ist nur mit ausreichender Personalausstattung bei den zuständigen Krankenkassen und Medizinischen Diensten möglich.

Darüber hinaus bleibt der Entwurf bedauerlicherweise unbefriedigend vage in seiner Begründung für den konkreten Versorgungsort. Wenn dies allein die Entscheidung des jeweiligen Krankenkassensachbearbeiters sein wird, werden sich schon bald die Gerichte damit beschäftigen müssen, in welchen Fällen erwachsene Intensivpflegebedürftige ausnahmsweise doch in häuslicher Umgebung versorgt werden dürfen.