

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

05.09.2019/rem

Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Bearbeitet von
Lutz Decker, DST
Miriam Elsaesser, DLT
Uwe Lübking, DStGB

E-Mail: 223@bmg.bund.de

Telefon 0221 3771-305
Telefax 0221 3771-409

E-Mail:
lutz.decker@staedtetag.de

Aktenzeichen
50.52.01 D

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz - RISG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz - RISG). Der Gesetzentwurf wird in seiner Intention grundsätzlich begrüßt. Die Versorgung von Intensivpflegepatienten wird sich voraussichtlich verbessern. Gleichzeitig ist eine finanzielle Entlastung von Betroffenen und Sozialhilfeträgern zu erwarten.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

Kritisch erscheint, dass der Entwurf die Pflege im häuslichen Bereich weitgehend ausschließt und damit die Wahlfreiheit zur Art der Pflege einschränkt. Das steht dem Ziel, dass Betroffene so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit leben können („ambulant vor stationär“) entgegen. Intensivpflege-Wohneinheiten sind auch bisher nicht definiert und im System der Pflegeanbieter nicht eindeutig erkennbar. Das wäre dann, wenn dies aufrechterhalten wird ebenfalls zu regeln. Der Referentenentwurf sieht hinsichtlich der außerklinischen Intensivpflege vor, dass nur im Ausnahmefall ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit besteht. Bei einer ambulanten Versorgung (in der Häuslichkeit oder auch in einer Wohngemeinschaft) werden in unterschiedlichem Maße Sozialhilfemittel beansprucht. Im Rahmen der Grundsicherung werden im Bedarfsfall Kosten der Unterkunft finanziert. Teilweise reicht der Sachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI nicht aus, um den grundpflegerischen Bedarf des Versicherten zu decken. Hier besteht regelmäßig ein Anspruch auf ergänzende Hilfe zur Pflege nach § 64b SGB XII bei entsprechender Bedürftigkeit. Auch ist der Pflegesatz pro Tag nicht auf eine feste Summe gedeckelt, so dass entsprechende (private oder durch den Sozialhilfeträger zu zahlende) Zuzahlungen möglich sind und tatsächlich bereits jetzt häufig von den Leistungsanbietern eingefordert werden. Bei Versorgung in einer Wohngemeinschaft ist keine finanzielle Entlastung der Versicherten sowie des Sozialhilfeträgers zu erwarten, da diesbezüglich keine neue Leistung formuliert wird. Im Sinne der Gleichbehandlung der Versorgungsformen sollten auch in Intensivpflege Wohngemeinschaften die angemessenen Kosten der Unterkunft analog zu den Investitionskosten der stationären Einrichtungen übernommen werden. Auch

ist zu prüfen, ob die nicht durch den SGB XI- Träger gedeckten Kosten der grundpflegerischen Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden können. Nur so kann eine finanzielle Gleichbehandlung der Versicherten unabhängig von der Versorgungsform vollstationäre Pflegeeinrichtung/ Intensivpflegewohngemeinschaft gelingen. Mit Aufnahme der außerklinischen Intensivpflege in die gesetzlichen Regelungen der Krankenversicherung wird mehr Rechtsicherheit im Umgang mit Leistungsträgern zur intensivpflegerischen Versorgung gewährleistet. Die Beschränkung der gesetzlichen Normierung auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist jedoch nicht ausreichend. Auch in Zukunft wird es mit Blick auf die Regel-Ausnahme-Konstruktion weiterhin Patienten geben, die in der eigenen Häuslichkeit betreut werden. Eine Angleichung der Regelungen ist nicht zuletzt aus Gleichbehandlungsgrundsätzen zwingend notwendig.

Dass für die außerklinische Intensivpflege auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen werden soll, wird insbesondere an den Stellen kritisch gesehen, wo vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung bereits heute vielerorts Pflegeplätze und Fachpersonal fehlen. Hier wird befürchtet, dass durch die Nutzung von Langzeitpflegeplätzen als Intensivpflegeplätze die verfügbaren Plätze noch knapper werden. Zu hinterfragen ist, ob die Nutzung als Intensivpflegeplatz mit dem Förderzweck der Investitionsförderung bis 2010 durch Land, Landkreise und kreisfreie Städte vereinbar ist. Schließlich gibt es im SGB V einen umfassenden Leistungsanspruch an die Krankenkassen, im SGB XI hingegen nur einen gedeckelten Anspruch, der bei Bedarf von den Sozialhilfeträgern ergänzt wird. Wenn Intensivpflege mit Hilfe von durch Land, kreisfreie Städte und Landkreise geförderten Pflegeplätzen angeboten wird, werden öffentliche Mittel zweckentfremdet.

Hinsichtlich der grundsätzlich bestehenden Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich ist in diesem Kontext auch zu beachten, dass bei vielen hier angesprochenen Patienten und Patientinnen keine strukturierte ambulante ärztliche Betreuung zur Verfügung steht. Regelmäßige Hausbesuche durch Ärztinnen und Ärzte mit Beatmungskompetenzen erfolgen dann nicht. Die Betroffenen werden bei auftretenden Problemen häufig mit einem sehr hohen Aufwand ins Krankenhaus zurückverlegt, obwohl dies bei einer sichergestellten ambulanten ärztlichen Versorgung nicht notwendig wäre. Zudem ist die aufwendige ärztliche Betreuung von außerklinischen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten in den Vergütungssystemen der Krankenkassen nicht adäquat abgebildet. Aus der Mitgliedschaft erreicht uns im Zusammenhang beispielsweise auch ein Vorschlag, dass die Etablierung einer flächendeckenden, fachlich qualifizierten außerklinische Intensivversorgung vorgesehen werden sollte. Dies dadurch, dass ein an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) angelehntes Konzept implementiert würde. Dabei würde dann an die Bildung unabhängiger Experten-/Spezialteams gedacht, die regelmäßige Visiten und Optimierungen in der Versorgung von außerklinisch beatmeten Patientinnen und Patienten durchführen und die Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung von beatmeten Menschen unterstützen würden.

Insgesamt hilfreich wäre eine verbesserte Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sowie ein Case- und Care-Management in diesem hochspezialisierten Bereich, um eine qualitativ hohe Versorgung durchgängig sicherstellen zu können. Eine verbesserte Kooperation der Hausärztinnen und Hausärzte mit Intensivmedizinerinnen und Intensivmedizinern erscheint essentiell. Auch klar geregelte Vergütungsstrukturen sind zu empfehlen, um dem Missbrauch von Versicherungsgeldern vorzubeugen.

Bzgl. Rehabilitation und Beatmungsentwöhnung soll nach dem Referentenentwurf die Notwendigkeit geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen, die durch einen Vertragsarzt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt verordnet werden, künftig nicht mehr durch die Krankenkasse überprüft werden müssen. Diese Maßnahmen werden begrüßt, da sie dazu geeignet sind, die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen zu erhöhen, sodass dadurch eine Pflegebedürftigkeit vermieden oder zumindest verzögert werden kann. Allerdings müssen hierfür auch entsprechende wohnortnahe Einrichtungen verfügbar sein. In einigen Fällen mussten Einrichtungen unter anderem deswegen schließen, weil von

Seiten der Krankenkassen die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitationsmaßnahmen solange hinterfragt wurde bis das verfolgte Ziel nicht mehr erreichbar war.

Aus praktischer Sicht liegt es im ureigenen Interesse des Krankenhauses sowie im Sinne des Patientenwohls den Beatmungsstatus kontinuierlich zu prüfen, aktenkundig zu dokumentieren und eine eventuelle adäquate Anschlussbehandlung ab- und einzuleiten. Positiv kann die Absicht bewertet werden, die Beatmungsentwöhnung im Übergang von stationärer und ambulanter Versorgung und die Vergütung längerdauernder Entwöhnungsphasen von der Beatmung durch Vereinbarung von Zusatzentgelten zu verbessern. Krankenhäuser, die Beatmungspatienten/-innen verlegen, ohne entsprechend den Beatmungsstatus zu erheben, erhalten allerdings von uns kritisch beurteilte Vergütungsabschläge. Widersprechen müssen wir für den Krankenhausbereich der Annahme, dass bei der Erhebung und bei der Dokumentation des Beatmungsstatus von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten nur ein geringer Erfüllungsaufwand entstehen würde. Der bisher in den Katalog aufgenommene OPS-Schlüssel zur Beatmungsentwöhnung definiert den Dokumentationsaufwand nur unzureichend. Ohne vorhandene elektronische Patientenakte müssen für das täglich anzufertigende Weaningprotokoll Werte, die bereits regelhaft dokumentiert werden, von Hand kopiert und in ein weiteres Dokument eingetragen werden. Um den zukünftigen Aufwand abschätzen zu können wäre eine Spezifizierung notwendig. Das bereits bestehende hohe Dokumentationsaufkommen für Ärzte und Pflegekräfte im Stationsalltag sollte jedenfalls durch die Dokumentation des Beatmungsstatus keinesfalls unverhältnismäßig erhöht werden. Es erscheint essentiell, dass die zu dokumentierenden Maßnahmen vom Gesetzgeber definiert werden (Deutsche Kodierrichtlinien).

In Krankenhäusern mit Intensivstationen werden Patienten im Bedarfsfall regelhaft beatmet und dementsprechend auch entwöhnt. Zum Teil existieren hierfür sogar eigens zertifizierte Weaning-Zentren. Hier wäre darüber nachzudenken, weitergehend und speziell in Kliniken spezialisierte Weaningbereiche zu etablieren und damit die Möglichkeit zu schaffen, frührehabilitative Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten und zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Stefan Hahn
Beigeordneter
des Deutschen Städtetages

Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages

Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes