

Stellungnahme des VDAB

**zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung
von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**

VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

HAUPTSTADTBÜRO
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 / 20 05 90 79-0
Fax 030 / 20 05 90 79-19
E-Mail berlin@vdab.de
Internet www.vdab.de

Ausschließlich per E-Mail an:
223@bmg.bund.de

Berlin, 5. September 2019

Stellungnahme des VDAB zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) sieht die Einlassungen des Entwurfs kritisch und fordert weitreichende Nachbesserungen in diesem „Kostendämpfungsgesetz“.

Pflegebedürftige mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege müssen auch zukünftig die Wahlfreiheit haben, ob sie ambulant im eigenen zu Hause oder in außerklinischen Intensivpflegezentren Hilfe erhalten wollen. Es darf nicht auf Kosten der Pflegebedürftigen zu einer Leistungskürzung unter dem Deckmantel der Qualitätsausweitung kommen. Die Standardisierung der Leistungserbringung durch dieses Reglementierungsgesetz wird weder den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht, noch dem in § 3 SGB XI hinterlegten Vorrang der häuslichen Pflege. Zudem geht es an dem in § 132a SGB V hinterlegten Regelungsauftrag vorbei, welcher die Schaffung einer Rahmenempfehlung über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Bedarf an Leistungen, welche eine ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorsieht. Diese Rahmenempfehlung wird zukünftig den Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit anderen Professionen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung festlegen. Sobald diese Empfehlung in Kraft tritt, können Pflegebedürftige leichter eine Wahl zwischen qualitativ hochwertigen Pflegediensten treffen, welche ihre Dienstleistungen nach einheitlichen Regelungen erbringen.

Das Gesetz in seiner jetzigen Ausgestaltung hebt das Selbstbestimmungs- und Aufenthaltsrecht der Betroffenen aus und legt dieses in die Hände der Kostenträger, welche auf Grundlage undefinierter Regelungsrahmen Entscheidungen über den Verbleib in der Häuslichkeit treffen sollen. Dies geht an der gewollten Selbstbestimmung von kranken und pflegebedürftigen Menschen vorbei. Für eine solche Entmündigung gibt es weder Anlass noch Rechtfertigung.

Als Schritt in die richtige Richtung lässt sich hingegen die teilweise Außerkraftsetzung des § 71 Satz 1 SGB V werten. Die darin angestrebte angemessene und leistungsorientierte Vergütung, unabhängig von der Grundlohnsummenentwicklung, ist ein wichtiger Baustein für die Etablierung einer zukunftsfähigen Versorgungslandschaft und sollte in SGB V und SGB XI grundlegend für die Pflege insgesamt Verankerung finden.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

§ 37c Abs. 2 Satz 2 und Satz 3 SGB V

Diese Verfahrensweise ist aufgrund der undefinierten „Zumutbarkeit“ zu unspezifisch und gibt den Kostenträgern die Macht, die Entscheidungsfindung einzig und allein dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu unterwerfen. Sollte diese Regelung Bestand haben, müsste die Zumutbarkeitsprüfung zwingend durch eine von den Kostenträgern unabhängigen Institution erfolgen, auf einem geregelten Verfahren basieren und ergebnisoffen sein. Dabei sollte die Beweislast, ob die Versorgung in der Häuslichkeit sichergestellt werden kann, nicht bei dem Betroffenen liegen. Eine häusliche Versorgung sollte vielmehr der Standard sein.

Für die Pflegebedürftigen und Angehörigen bedarf es eines genauen Regelungsrahmens der Rechtssicherheit gibt. Die Regelung in der jetzigen Form bietet zu viel Raum für Ermessensentscheidungen, welche nicht die spezifischen Bedürfnisse und individuellen Wünsche des Patienten in die Entscheidungsfindung mit einbeziehen.

Vorschlag: „[...] Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht **in der eigenen Häuslichkeit, in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, sowie in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1.** Wenn die Pflege in der eigenen Häuslichkeit nach Satz 1 nicht möglich **oder aufgrund medizinischer Notwendigkeiten nicht zumutbar ist, kann die außerklinische Intensivpflege auch in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden. [...]**“

§ 40 Abs. 3aa SGB V

Diese Regelung geht an den medizinischen Notwendigkeiten einer alternden Gesellschaft vorbei und steht im Widerspruch zu dem in § 31 SGB XI hinterlegten Vorrang der Rehabilitation vor Pflege. Zudem stellen die unspezifischen zeitlichen Vorgaben für den Antragsteller eine bürokratische Hürde in der Antragstellung dar.

Vorschlag: „[...] Leistungen der geriatrischen Rehabilitation **sollten in ihrem Umfang immer auf der Grundlage medizinischer Notwendigkeiten erbracht werden.**“

§ 92 Abs. 7g SGB V

Die Weiterentwicklung des Abs. 7f durch die Ergänzungen des Abs. 7g bewerten wir als positiv. Es ist richtig, die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege von den Organisationen der Leistungserbringer prüfen zu lassen. Aufgrund ihrer Praxisnähe können sie dazu beitragen, die Richtlinien in den Kontext des realen Leistungsgeschehens einzubetten.

§ 111 Abs. 5 Satz 1 SGB V

Wir begrüßen, dass § 71 Satz 1 SGB V in diesem Fall keine Gültigkeit haben soll. Es ist jedoch zu hinterfragen, warum innerhalb des SGB V verschiedene Grundsätze zu den Vergütungssystemen vereinbart werden sollen. Vielmehr bedarf es einer generellen Streichung dieses Satzes in SGB V, als auch die Streichung von § 84 Abs. 2 Satz 8 SGB XI, um eine einheitliche, leistungsgerechte Vergütung für alle pflegerischen Teilbereiche zu vereinbaren.

Zudem ist es notwendig, die Eingrenzung auf tarifvertraglich vereinbarte Regelungen zu streichen. Eine solche Beschränkung spiegelt nicht die Realität der Praxis wieder und ist wettbewerbsverzerrend, da Tarifpartner begünstigt werden.

Vorschlag: „[...] Die Bezahlung **bis zur Höhe von tarifvertraglich vereinbarter Vergütung** [...]“.

§ 111c Abs. 3 SGB V

Siehe § 111 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

§ 132i Abs. 1ff SGB V

Die Weiterentwicklung der Rahmenempfehlungen über die Versorgung außerklinischer Intensivpflege ist ein Schritt in die richtige Richtung, welcher eine qualitativ einheitliche Versorgung für die Betroffenen sicherstellt. Dabei darf er jedoch nicht an dem in § 132a SGB V hinterlegten Regelungsauftrag vorbeigehen, welcher die Schaffung einer Rahmenempfehlung über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Bedarf an Leistungen, welche eine ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorsieht. Dies gilt ebenso für den § 111 Abs. 7 SGB V und § 111c Abs. 5 SGB V.

Zudem ist unverständlich, warum bei einer Regelung nach SGB V auf Leistungserbringer nach SGB XI verwiesen wird. Es wäre vorteilhaft, wenn der Gesetzentwurf eine in sich schlüssige Verweisstruktur enthielt.

Im Sinne des vorliegenden Entwurfs in Abs. 2 Nummer 4, wäre folgender Einschub zu ergänzen:

„[...] Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei einer **angemessenen und leistungsgerechten Vergütung** einschließlich deren Prüfung [...]“.

§ 132i Abs. 4f SGB V

Es ist zu hinterfragen, warum die Etablierung einer Schiedsstelle in diesem Teilbereich notwendig ist und damit innerhalb des SGB V verschiedene Strukturen zur Konsensfindung ermöglicht werden. Dabei werden den Verbänden der Leistungserbringer mit den Kosten für das Schiedsverfahren Verpflichtungen auferlegt, welche in dieser Höhe nicht tragbar sind. Sinnvoller wäre es, auf die bestehenden Strukturen aufzubauen und nicht neue bürokratische Parallelstrukturen zu schaffen.

§ 132i Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Der hier definierte Bezugsrahmen von mindestens „[...] **zwei Versicherten** [...]“ ist eine unzulässige Eingrenzung. Der Gesetzgeber sollte es sich nicht zur Aufgabe machen, die individuellen Leistungsbedürfnisse der Patienten zu beschränken.

Vorschlag: „*Leistungserbringer, die eine Wohneinheit für mindestens **einen Versicherten** organisieren [...].“*

§ 132i Abs. 6 SGB V

Die Sicherstellung von originär ärztlichen Leistungen muss weiterhin beim Arzt liegen. Die Pflege wird nur in der Umsetzung auf Anweisung des Arztes tätig. Die hier geforderte Sicherstellung von ärztlichen Leistungen ist damit zu weitreichend. Auch die Gewährleistung der bedarfsgerechten rehabilitativen Versorgung des Versicherten ist nicht Aufgabe der Pflege, sondern obliegt den entsprechenden Fachgruppen. Dabei darf es auch nicht zu Vereinbarungen zu Lasten Dritten kommen.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die zu starre Fixierung auf Kooperationsvereinbarungen, welche aufgrund lokaler Faktoren nicht immer im besonderen Umfang existieren.

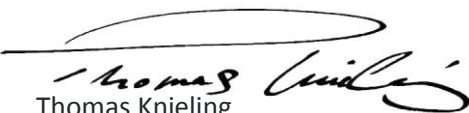
Vorschlag: „[...] Verträge nach Absatz 5 können nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Einhaltung der Rahmenempfehlungen nach den Absätzen 1 und 2 gewährleisten. Hierzu **sollen** die Leistungserbringer insbesondere

1. Kooperationsvereinbarungen **mit Fachärzten** schließen, die insbesondere die ärztliche Überwachung der Umsetzung der mit der Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 Satz 3 dokumentierten notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sicherstellen,

2. die bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung der Versicherten, insbesondere mit Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie durch Kooperationsvereinbarungen **ermöglichen** [...].“

Wir hoffen mit unseren Anmerkungen wichtige Hinweise für das weitere Gesetzgebungsverfahren gegeben zu haben und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Knieling
Bundesgeschäftsführer