



Stellungnahme

des

**Bundesverbandes Ambulante Dienste und
Stationäre Einrichtungen e.V.**

zum

Referentenentwurf

**eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-
pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)**

I. Vorbemerkung/Zu den Regelungen im Allgemeinen

Der bad e.V. bedauert, dass der vorliegende Referentenentwurf neben einer vorgesehenen weitreichenden Einschränkung der außerklinischen Intensivpflege auch die Befürchtung bei den Betroffenen weckt, dass ihre Rechte bezüglich der freien Versorgungswahl eingeengt werden. Generell werden Neuregelungen zur Steigerung einer qualitativen Versorgung begrüßt, jedoch genügt der vorgestellte Entwurf diesem Anspruch nicht. Zudem sollten einer Gesetzesreform, zum Erhalt qualitativer Leistungsversorgungen, schwerpunktmäßig keine finanziellen Aspekte zu Grunde liegen. Eine aktuelle Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Leistungserbringerverbänden auf Bundesebene vom 30.08.2019 sieht zudem Änderungen der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V vor. Die ohnehin bereits hochwertige Qualität der außerklinischen Intensivpflege wird dadurch weiter steigen und vertraglich bundeseinheitlich gewährleistet werden. Aus diesem Grund schlägt der bad e.V. bezüglich der nachfolgenden Punkte zahlreiche Änderungen des Referentenentwurfs vor, um insbesondere auch den rechtlichen Anforderungen an die Versichertenrechte vollumfänglich gerecht werden zu können.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

a) Artikel 1, Nummer 1:

Hinsichtlich der geplanten Neufassung des § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird vorgeschlagen, diese Passage nicht zu berücksichtigen. Bereits hierdurch würde ansonsten der falsche Eindruck erweckt, dass ein hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V begründen können soll. Dies steht jedoch unter anderem in deutlichem Widerspruch zu der aktuellen Fassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 20. September 2018. Darin sind die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes (Position 8 des Anlagenverzeichnisses) sowie die spezielle Krankenbeobachtung (Position 24 des Anlagenverzeichnisses) als nach § 37 SGB V verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege aufgeführt und in diesem Kontext auch aus fachlicher Sicht zutreffend verortet. Hilfsweise, sollte dem Ansinnen einer Streichung nicht entsprochen werden, erachtet der bad e.V. jedenfalls grundlegende Änderungen unter Buchstabe b) für essentiell notwendig.

b) Artikel 1, Nummer 2:

Bezüglich der geplanten Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege in § 37 c SGB V wird analog zu Buchstabe a) die Nichtberücksichtigung als geboten erachtet. Dies folgt aus dem Umstand, dass durch eine Integrierung der außerklinischen Intensivpflege in § 37 SGB V den Versichertenrechten aktuell in besonders hohem Maße nachgekommen wird und die Versorgung von intensivpflegebedürftigen Versicherten in der eigenen Häuslichkeit durch ein hohes Maß an qualitativer Versorgung umfangreich gewährleistet ist.

Besonders kritisch und als nicht verfassungsgemäß, wird dabei die unter § 37c Absatz 2 SGB V beabsichtigte Neuregelung gesehen. Danach sollen Intensivpflegepatienten in Zukunft überwiegend bis ausschließlich in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder aber in Intensivpflege-Wohngemeinschaften versorgt werden. Eine gleichberechtigte Möglichkeit der ambulanten intensivpflegerischen Versorgung ist nicht vorgesehen. Dies stellt jedenfalls einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die Wahlfreiheit der Versicherten in Bezug auf die Wahl der Versorgungsform dar. Durch die beabsichtigte Neuregelung würde es künftigen Intensivpflegepatienten zu Beginn schwierig bis unmöglich werden, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit aufrecht zu erhalten. Dies widerspricht im Kern dem Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Versorgung, sowie dem Wunsch der überwiegenden Anzahl von versorgungsbedürftigen Versicherten, trotz Beeinträchtigung der Gesundheit die Wohnsituation in der eigenen Häuslichkeit beizubehalten. Menschen, die auf Leistungen der Intensiv- und Beatmungspflege angewiesen sind, darf die Berechtigung nicht entzogen werden, selbstbestimmt und mit ambulanter Unterstützung in ihrer Wohnung zu leben. Sofern diese Rechte eingeschränkt werden, steht dies in Widerspruch zur grundgesetzlich garantierten freien Selbstbestimmung und wäre mit den verfassungsrechtlichen Grundprinzipien nach diesseitiger Auffassung nicht vereinbar. Ein Eingriff in die garantierten Grundrechte ist nur dann möglich, sofern dieser geeignet, erforderlich und angemessen ist. Vorliegend fehlt es bereits an der Geeignetheit des Eingriffes, da eine intensivpflegerische Versorgung ausschließlich in vollstationären Einrichtungen sowie in Intensivpflege-Wohngemeinschaften nicht zu einer besseren Versorgung der leistungsbedürftigen Versicherten beiträgt als durch ambulante Intensivpflegedienste. Insbesondere, da ambulante Intensivpflegedienste hochqualifizierte Pflegefachkräfte für die Leistungserbringung einsetzen, welche in vollstationären Pflegeeinrichtungen regelhaft nicht in gleichem Umfang vorhanden sind, ist der Eingriff ungeeignet für eine qualitativ gleichwertige Versorgung der Versicherten. Ebenfalls fehlt es an der Erforderlichkeit des Eingriffes in das Selbstbestimmungsrecht, da durch andere, gleich effektive Mittel der Sinn und

Zweck der Neuregelungen bewirkt werden kann. Bereits heutzutage werden ambulante Intensivpflegedienste, nicht zuletzt durch die regelhaften Qualitätsprüfungen seit 01.01.2018, in zwei gesonderten Prüfkapiteln, Kapitel 7 und 10 engmaschig kontrolliert. Diesbezüglich würden etwa Änderungen bezüglich des Prüfkataloges ausreichen, um die gesetzgeberischen Ziele ohne Beschränkungen zu Lasten der Versichertenrechte erreichen zu können.

An dieser Stelle vermag auch das Argument nach Diskrepanzen in der Vergütung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im ambulanten Bereich einerseits, und im stationären Bereich andererseits, was vermeintlich zu Fehlanreizen in der Leistungserbringung führe, bereits im Ansatz nicht zu überzeugen. Denn in der außerklinischen ambulanten Intensivpflege werden, so die Einzelfallforderungen nahezu aller Krankenkassen, ausschließlich dreijährig examinierte Pflegefachkräfte mit einschlägigen Zusatzqualifikationen im Bereich der Intensiv- und Beatmungspflege eingesetzt. Würden diese Qualifikationsanforderungen zukünftig auch in der vollstationären Pflege als personeller Mindeststandard eingeführt, so würden sich auch die Personalkosten der vollstationären Einrichtungen deutlich verteuern, was in der Konsequenz auch zu gesteigerten Mehrausgaben für die stationäre Versorgung von Intensivpflegepatienten in den Pflegeheimen führen würde. Zum gegenwärtigen Moment kann die vollstationäre Pflege dieses Leistungsspektrum ohnehin nicht in gleichem Maße bedienen wie ein spezialisierter ambulanter Intensivpflegedienst mit gesondert geschultem und fortgebildetem Fachpersonal. Insoweit dürfen diese höheren qualitativen Voraussetzungen eines ambulanten Intensivpflegedienstes zum Wohle der Versicherten nicht als Argument für eine Leistungsverschiebung hin zur stationären Pflege genutzt werden, einzig mit dem Argument der Kostenersparnis.

Ebenfalls ist es in diesem Zusammenhang kein taugliches Argument, dass nach einzelnen Presseberichten verschiedene Hinweise darauf vorliegen würden, dass gerade in der ambulanten Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit in manchen Fällen nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt wird und dies nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten gefährden würde, sondern dies auch der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten schaden würde. Dass bei dem Referentenentwurf auf einzelne Presseberichte Bezug genommen wird, welche naturgemäß nur die Einzelfälle von einer nicht ordnungsgemäßen Leistungserbringung ausschweifend darstellen, während hingegen die sehr weit überwiegende Anzahl von ambulanten Intensivpflegediensten tagtäglich physische und psychische Schwerstarbeit verrichtet, muss mit Befremden zur Kenntnis genommen werden. Dass auch, wenngleich es sich hier ebenfalls nur um Einzelfälle handelt, in vollstationären Pflegeeinrichtungen die personellen Voraussetzungen sowie die Personalschlüssel für die Versichertenversorgung nicht immer

eingehalten werden (können), bleibt bei der neuen Regelung offenbar in Gänze unberücksichtigt. An dieser Stelle fordert der bad e.V. mindestens eine sachgerechte Betrachtung und Bewertung der ambulanten und stationären Versorgungsformen.

Aus den vorgenannten Gründen wird hilfsweise, falls unserem Ansinnen einer Streichung der o.g. Regelung nicht entsprochen werden sollte, eine Änderung der Formulierung in § 37c Absatz 2 SGB V wie folgt für notwendig erachtet:

„Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1 sowie im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort.“

Des Weiteren wird bezüglich des neu geplanten Bestandsschutzes nach § 37c Absatz 2 Satz 4 SGB V hilfsweise gefordert, den Versicherten, welche momentan in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, einen umfassenden und nicht lediglich einen temporären Bestandsschutz zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit einzuräumen.

Andernfalls würde der Grund, weshalb der Referentenentwurf überhaupt einen Bestandsschutz vorsieht, konkret um die abrupte Verlegung in ein neues Lebensumfeld als besondere Härte zu vermeiden, lediglich zeitlich hinausgezögert. Am in Folge eintretenden Ereignis der Verlegung in ein neues Umfeld würde sich jedoch im Ergebnis trotz des vorgesehenen Bestandsschutzes nichts ändern.

c) Artikel 1, Nummer 13:

Unter Bezugnahme auf Buchstabe a), sowie die Ausführungen unter Buchstabe b), wird die Beibehaltung von § 132a Absatz 1 Satz 5, sowie von § 132a Absatz 4 Satz 14 für notwendig erachtet.

d) Artikel 1, Nummer 14:

Unter Bezugnahme auf die Buchstaben a) sowie b) wird eine Neuregelung unter § 132i SGB V für in weiten Teilen zunächst als nicht notwendig erachtet.

Sollte der Forderung nach einer Beibehaltung der aktuellen Regelungen nicht gefolgt werden, so wird hilfsweise eine alternative Formulierung des § 132i Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 als erforderlich angesehen. Aus der aktuellen Formulierung wird nicht ersichtlich, in welchen Konstellationen ein Leistungserbringer eine Intensivpflege-Wohngemeinschaft organisiert. Aufgrund des Rechtsgedankens der ambulanten Pflege in der Häuslichkeit kann dies nicht bereits dann der Fall sein, sofern der ambulante Leistungserbringer ausschließlich

die behandlungspflegerischen Leistungen erbringen sollte. Insbesondere sofern die zu versorgenden Versicherten mit besonders hohem Bedarf an intensivpflegerischen Leistungen selbstbestimmt die mietrechtlichen Angelegenheiten, sowie die sonst zu verwaltenden Aspekte einer Wohngemeinschaft in eigener Verantwortung, oder durch einen Bevollmächtigten, alternativ einen rechtlichen Betreuer, erledigen, liegt keine Organisation des ambulanten Leistungserbringers vor. Somit wird vorgeschlagen, folgende ergänzende Regelung noch mit aufzunehmen:

„Die Organisation einer Wohneinheit liegt dann vor, sofern der Leistungserbringer neben den Leistungen nach § 37c noch die mietrechtlichen Angelegenheiten für die Versicherten besorgt, oder im Rahmen des Mietvertrages über den Wohnraum als Partei in Erscheinung tritt.“

Ebenso wird eine Abänderung in § 132i Absatz 6 Satz 2 SGB V dahingehend für erforderlich erachtet, dass zwar eine Zusammenarbeit mit den verordnenden Ärzten erfolgen soll, dies aber nicht an zwingend abzuschließende Kooperationsverträge gebunden wird.

Hierdurch würde eine unnötige Reglementierung und Bürokratisierung in der Zusammenarbeit zwischen den wenigen Fachärzten sowie einzelnen Pflegeeinrichtungen stattfinden. Die Übernahme der Versorgung wäre demnach vom Willen eines Dritten abhängig, ob dieser sich in eine kooperationsvertragliche Verpflichtung begeben möchte. Sollte ein Facharzt dabei z.B. der Ansicht sein, dass er lediglich ein halbes Dutzend an Kooperationsverträgen eingehen möchte, so wäre dem Leistungserbringer nach dem Gesetzeswortlaut die Versorgung nicht möglich. Neben einem Eingriff in die Berufsfreiheit würde zudem die Wahlfreiheit des Versicherten tangiert, da in der Praxis oftmals, auch von Kostenträgern, dann ein Hinweis auf andere Leistungserbringer erfolgen würde. Der gleiche Effekt lässt sich somit auch durch die Vorgabe einer engen Zusammenarbeit, ohne das Eingehen besonderer vertraglicher Verpflichtungen, erreichen.

Begrüßt wird hingegen dem Grunde nach die Durchführung eines internen Qualitätsmanagements, wenngleich die aktuell versorgenden ambulanten Intensivpflegedienste einer solchen Forderung bereits umfassend nachkommen.

e) Artikel 1, Nummer 14:

Unter Bezugnahme zu den Buchstaben a) und b) sowie die vorgenannten Ausführungen werden die Änderungen für nicht notwendig erachtet.

Aus den vorgenannten Gründen wird hilfsweise bezüglich der Schiedsstellenbesetzung gemäß § 132a SGB V angeregt, dass die Größe nicht verändert wird. Die Schiedsstelle hat bereits in ihrer ersten Sitzung am 30.08.2019

bewiesen, dass sie in ihrer derzeitigen Größe effektiv arbeiten kann und handlungsfähig ist. Gleichzeitig ist die bisherige Größe der Schiedsstelle erforderlich, damit eine angemessene Berücksichtigung der Pluralität der Kostenträger und Leistungserbringer gewährleistet werden kann.

f) Artikel 2:

Folgerichtig ist auf Basis der oben aufgeführten Punkte keine Änderung des § 275b SGB V notwendig.

g) Artikel 3, Nummern 1-3:

Unter Bezugnahme zu den obigen Punkten der Stellungnahme werden die Änderungen für nicht notwendig erachtet.