

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

zum

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

Berlin, 6. September 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Häusliche Krankenpflege – § 37 SGB V	5
Außerklinische Intensivpflege – § 37c SGB V	11
Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung – § 73 SGB V	16
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses – § 92 SGB V	17
Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a SGB V	18
Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege – § 132i SGB V	19
Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst – § 275b SGB V	22
Richtlinien der Pflegekassen – § 17 SGB XI	23
Finanzierung der Pflegeeinrichtungen – § 82 SGB XI	24
Bemessungsgrundsätze – § 84 SGB XI	26

Stellungnahme zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 11.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 335.000 Arbeitsplätze und ca. 25.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.600 Pflegediensten, die ca. 255.000 Patienten betreuen, und 5.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 330.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der Referentenentwurf schafft ohne Not neue Instrumente zur Patientensteuerung, schränkt dabei massiv die Wahlfreiheit der Versicherten ein und gefährdet in erheblichem Maße die Existenz bestehender Intensivpflegedienste.

Waren bisher Wohngemeinschaften, die von den Krankenkassen präferierte, weil kostengünstigere Versorgungsform, sollen es künftig Pflegeheime sein. Die Möglichkeit der Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen wurde dabei bereits mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2007 eröffnet. Dafür bedarf es aber keiner gesetzlichen Herauslösung der außerklinischen Intensivpflege aus der häuslichen Krankenpflege. Vielmehr haben es die Kranken- und Pflegekassen in den letzten zehn Jahren versäumt, diesen Bereich finanziell auskömmlich zu stärken. Die Situation intensivpflegerisch betreuter Bewohner, insbesondere in stationären Einrichtungen der „Phase F“, ist seit vielen Jahren durch eine hohe Versorgungsqualität, aber auch durch eine nahezu durchgängige Sozialhilfeabhängigkeit der Betroffenen und ihrer Familien geprägt. Ursächlich hierfür ist die leistungsrechtliche Ungleichbehandlung durch die Krankenkassen. Die vollständige Übernahme der Kosten in den stationären Pflegeeinrichtungen wurde von den Krankenkassen seit Jahren konsequent verhindert.

Die Bemühungen des Gesetzgebers, die anhaltend steigende Zahl von Versicherten mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf zukünftig quali-

tätsgesichert durch eine strukturierte Überleitung aus dem Krankenhaus unter gezielter Nutzung von Entwöhnungspotenzialen der Patienten zu begleiten, sind durchaus nachvollziehbar. Die finanzielle Förderung gezielter medizinischer Diagnostik von Fachärzten sowie die Erstellung von Prognosen und Behandlungsplänen, die auf die vollständige Entwöhnung oder ein Leben des Patienten ohne Tracheostoma setzt, werden vom bpa ausdrücklich begrüßt. Allerdings bleibt offen, wie für die zukünftige Versorgung diese fachlichen Voraussetzungen umgesetzt werden können. Bereits gegenwärtig herrscht ein erheblicher Mangel an diesen Fachärzten vor, weshalb es regelhaft zu Verordnungen durch Hausärzte kommt. Weaningzentren sind gegenwärtig weder ausreichend, was die vorliegenden Auslastungsgrade belegen, noch flächendeckend vorhanden. Wie die hier nachvollziehbare geplante gesetzliche qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung beatmeter oder tracheotmierter Intensivpflegepatienten umgesetzt werden soll, ist nicht ersichtlich. Gleichwohl wird deutlich, wo die bisherigen Mängel der Intensivpflege verortet sind, nämlich bei der unzureichenden ärztlichen Diagnose und der fehlenden fachärztlichen Therapie. Sofern diese auf die fehlende ausreichende Facharztichte zurückzuführen ist, wird eine gesetzliche Verpflichtung zur Leistungsanspruchnahme weder zu weniger Versicherten mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf noch zu mehr Fachärzten oder Weaningzentren führen. Ohne die Verordnung des Facharztes hätte der Versicherte keinen Leistungsanspruch und ohne fachärztliches Weaning bliebe die Beatmungsentwöhnung Fiktion.

Die Auflösung einer seit Jahren bestehenden und insbesondere bewährten Versorgungsstruktur mit dem Hinweis auf Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten **ohne verifizierbare Belege** allein auf Grundlage einzelner Medienberichte kommt einer **pauschalen Diskriminierung** der Leistungserbringer gleich, die vom bpa entschieden abgelehnt wird.

Der bpa begrüßt es grundsätzlich, dass der Gesetzgeber noch einmal deutlich klargestellt hat, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Einrichtung jeglichen pflegebedingten Aufwand – einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI sowie der notwendigen Investitionskosten – beinhaltet. Allerdings werden die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung von den Krankenkassen nur dann übernommen, wenn diese sie als Satzungsleistung festschreiben. Dennoch muss auch betont werden, dass es trotz aller bisherigen Bemühungen nicht gelungen ist, die beinahe durchgängige Sozialhilfeabhängigkeit der Betroffenen in Einrichtungen der Phase F zu beenden. Die nahezu ausschließliche Fokussierung im Referentenentwurf auf das Thema Beatmung lässt befürchten, dass nun auch die nächste Chance auf eine grundlegende Verbesserung der Situation der Bewohner in Einrichtungen der Phase F vertan wird. Hier

wird eine eindeutige gesetzliche Regelung benötigt, welche endlich die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung verbindlich vorschreibt, das Vorhandensein eines Tracheostomas nicht zum entscheidenden Kriterium der Finanzierung macht und den hohen pflegerischen und therapeutischen Versorgungsaufwand zur Behandlung und Bewältigung von Krankheitsfolgen auch ohne Tracheostomaversorgung anerkennt. Keineswegs kann akzeptiert werden, dass durch die Fokussierung auf die Beatmungsfälle das Risiko eingegangen wird, die jetzige Finanzierungssituation in der Phase F nicht grundlegend zu klären.

Ein sehr bedeutender Aspekt ist im Hinblick auf die Ausnahmeregelung des § 37c Abs. 2 des Referentenentwurfes die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und der Autonomie des Versicherten, die in seiner freien Wahl des Leistungserbringers zum Ausdruck kommt. Übergreifendes Ziel des Wahlrechts ist die Anerkennung des Versicherten als einer mit prinzipiellem Eigenwert und Menschenwürde ausgestatteten Person (Art. 1 Grundgesetz), welches ausschließt, diese zu einem bloßen Objekt staatlichen Handelns zu machen (Urteil des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein vom 4.12.2006, Aktenzeichen L 9 SO3/06). Vor diesem Hintergrund ist es mit den Leitzielen ein an der Menschenwürde orientierten rechtsstaatlichen Ordnung nicht vereinbar, den Einzelfallbedarf allein „objektiv“ unter Vernachlässigung der Wünsche des Versicherten zu bestimmen. Genau dies wird aber durch die Regelung des § 37c Abs. 2 SGB V verfolgt. Mit der darin abgebildeten Einschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers durch ein Vorrang-Nachrangverhältnis wird dem Versicherten die Möglichkeit einer selbstbestimmten und weitgehend selbstständigen Lebensführung weitestgehend genommen. **Diese gesetzliche Einschränkung hält einer verfassungsrechtlichen Prüfung nicht stand.**

Die mit dem Referentenentwurf beabsichtigte Umsteuerung der Patientenströme von der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit in die vollstationäre Pflege dient mithin nicht in erster Linie der Qualitätsverbesserung der Versorgung. **Wahres Ziel dieser Gesetzesinitiative ist vielmehr eine Reduzierung der Ausgaben für die behandlungspflegerische Versorgung.**

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Häusliche Krankenpflege – § 37 SGB V

A) Beabsichtigte Regelung

Der Referentenentwurf sieht – unter Hinweis auf den neuen Leistungsanspruch nach § 37 c SGB V – eine Streichung des Leistungsanspruches für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aus § 37 Abs. 2 SGB V vor..

B) Stellungnahme

Nach Ansicht des bpa ist die geplante gesetzliche Neuausrichtung durch Ausgliederung des Leistungsanspruches für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aus der häuslichen Krankenpflege nicht zielführend und überflüssig.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, insbesondere die hier besonders relevanten Leistungen nach Nr. 8 (Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes) und Nr. 24 (spezielle Krankenbeobachtung) der Richtlinie über die häusliche Krankenpflege (HKP-Richtlinie) waren bislang integraler Bestandteil der häuslichen Krankenpflege. Der Gesetzgeber löst Leistungsansprüche für eine bestimmte Klientel von Versicherten aus dem System der häuslichen Krankenpflege, ohne nachgewiesenermaßen zu erklären, warum eine Versorgung der Versicherten mit diesen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auf Grundlage des § 37 Abs. 2 SGB V aus medizinisch bzw. pflegefachlich Erwägungen nicht mehr leistungsgerecht sind.

Es wird seitens des Gesetzgebers noch nicht einmal der Versuch unternommen, die Notwendigkeit eines neuen Leistungsanspruches fachlich zu begründen. Er bleibt es schuldig zu erklären, warum nur durch die Herauslösung von Leistungsansprüchen für Versicherte mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege aus der häuslichen Krankenpflege eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden kann.

Nirgendwo im Referentenentwurf wird dezidiert und nachvollziehbar dargelegt, dass die bislang erfolgte ambulante Versorgung defizitär und unzureichend war.

Es finden sich keinerlei Belege im Referentenentwurf, dass die Behandlungspflegerische Versorgung dieser Klientel in den letzten Jahren qualitativ unzureichend gewesen wäre.

Dabei unternimmt der Gesetzgeber noch nicht einmal den Versuch, den Begriff der „außerklinischen Intensivpflege“ gesetzlich klarzustellen. Eine Abgrenzung zu den bestehenden Leistungen des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie findet nicht statt. Wann bei identischen Leistungsinhalten von häuslicher Krankenpflege einerseits und von außerklinischer Intensivpflege andererseits auszugehen ist, nach welchen Kriterien die Leistungen abgegrenzt werden können und ob es nach dem Referentenentwurf lediglich um Leistungen der Beatmung und des Tracheostomas geht, bleibt unklar.

Insbesondere vor dem Hintergrund der erst kürzlich gesetzlich ergangenen Nachjustierungen im Bereich der Qualitätsprüfung durch eigens angelegte Prüfreregularien bezüglich der intensivpflegerischen Versorgung innerhalb der Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) in den Leistungsbereichen des SGB XI und SGB V wäre eine fachliche Beurteilung durchaus möglich. Anzeichen für erhebliche Mängel insbesondere im Rahmen der Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserbringung lassen sich hierbei nicht ableiten. Jedenfalls sind seitens der Prüfinstitutionen (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung – MDK) bislang keine Qualitätsdefizite in einem Ausmaß beschrieben worden, die es rechtfertigen und erforderlich machen die außerklinische Intensivpflege außerhalb der häuslichen Krankenpflege neu auszurichten.

Darüber hinaus wurden die Abrechnungsprüfungen und der Zugang sowie die Anzeigepflicht für Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege in Wohneinheiten erbringen, sowie die Erfassung von Versicherten, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten, im Rahmen der Qualitätsprüfungen eingeführt. Weiterhin wurde der § 132a Abs. 1 Satz 5 SGB V im Gesetz aufgenommen und aktuell die Bundesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V um diese spezifischen Aspekte der Versorgung von Intensivpatienten, insbesondere in Hinblick auf Strukturqualität und Qualifikationsanforderungen, abschließend geregelt.

Um den Leistungsanspruch der Versicherten in diesem Zusammenhang gezielt zu verbessern, ist es sinnvoller, die bestehenden Strukturen für die Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege innerhalb der häuslichen Krankenpflege auszubauen und zu stärken und den bestehenden Anspruch der vollstationären Versorgung durchzusetzen.

Der bpa sieht es ebenfalls als geboten an, durch gezielte medizinische Diagnostik und Therapie von Fachärzten die Behandlungssituation von

Versicherten mit einem besonders hohen Versorgungsbedarf an behandlungspflegerischen Leistungen zu verbessern. Insofern erachtet der bpa die unter § 37c Abs. 1 SGB V des Referentenentwurfes beabsichtigten Neuregelung als durchaus zielführend. Diese sollte sich allerdings in der hierfür bereits bestehenden und bewährten Normstruktur des § 37 SGB V wiederfinden. Zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in diesem Zusammenhang ist es weder notwendig die bestehenden Versorgungsstrukturen aufzulösen, noch die Wahlfreiheit des Versicherten zur Disposition zu stellen. Vielmehr ist es ausreichend und sinnvoll, die notwendigen Schritte zur Verbesserung der Versorgung innerhalb der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu regeln. Dafür sollte der Regelungsinhalt des § 37c SGB V in einen gesonderten Absatz des § 37 SGB V überführt werden. Auf diese Weise wird die besondere Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege innerhalb des Regulationssystems der häuslichen Krankenpflege noch einmal deutlich hervorgehoben.

Der bpa pflichtet dem Gesetzgeber grundsätzlich bei, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts und des hohen Versorgungsniveaus in Deutschland die Fallzahlen in diesem Versorgungsbereich nach wie vor steigen. Daher wird es zukünftig notwendig sein, neben der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und in sog. Wohneinheiten, die Versorgung in Einrichtungen der vollstationären Pflege zu stärken und die systematischen Ungleichbehandlungen durch die Krankenkassen zu beseitigen.

Der Gesetzgeber hatte bereits mit dem GKV-Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2007 den Anspruch auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V auf Versicherte in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ausgedehnt. In den Jahren danach haben die Leistungserbringer und deren Verbände mit den Krankenkassen vergeblich darum gerungen, leistungsgerechte Rahmenbedingungen für eine Versorgung in der vollstationären Pflege zu etablieren. Die Krankenkassen waren in der Vergangenheit nicht bereit, die hier bestehenden besonders hohen Bedarfe an medizinischer Behandlungspflege innerhalb der vollstationären Versorgung im notwendigen Umfang zu übernehmen. Trotz zahlreicher Verhandlungen unzähliger vollstationärer Pflegeeinrichtungen in nahezu allen Bundesländern war eine dem notwendigen Umfang der behandlungspflegerischen Versorgung entsprechende leistungsgerechte Vergütung mit den Krankenkassen nicht vereinbar. Wenn also der Gesetzgeber in diesem Bereich eine Fehlsteuerung unterstellt, dann wird er die Ursachen hierfür zuvörderst bei den Krankenkassen zu suchen haben.

Zielführender ist es vielmehr, die Leistungspflicht der Krankenkassen bei Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Bedarf an medizini-

scher Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen des § 37 Abs. 2 SGB V noch einmal deutlich herauszustellen. Leistungen für Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen (insbesondere in Einrichtungen der sogenannten Phase F, aber auch in weiteren intensivpflegerischen stationären Versorgungsformen) müssen künftig so finanziert werden, dass die bislang annähernd durchgängige Sozialhilfeabhängigkeit durchbrochen wird. Schließlich handelt es sich bei den betroffenen Versorgungsmaßnahmen um die Behandlung und Bewältigung krankheitsbedingter Folgen. Auf diese Weise wird mit der Klarstellung im Rahmen der Refinanzierung ein hohes Maß an Planbarkeit für die vollstationären Pflegeeinrichtungen erreicht.

In diesem Zusammenhang ist es noch einmal sehr wichtig zu verdeutlichen, dass eine erhebliche Anzahl an Versicherten, die bereits heute Leistung der außerklinischen Intensivpflege in der vollstationären Versorgung erhalten (Einrichtungen der Phase F), Menschen sind, die unter schweren und schwersten neurologischen Schädigungen leiden. Charakteristisch ist auch in diesen Fällen – trotz eines (teilweise) positiven Rehabilitationsverlaufs – ein nach wie vor deutlich überproportional hoher gesamtpflegerischer und therapeutischer krankheitsbedingter Versorgungsaufwand. Dabei geht es um die dauerhafte Behandlung und Bewältigung von Krankheitsfolgen – verbunden mit dem Einsatz gezielter therapeutisch-rehabilitativer Versorgungsleistungen. Für die betroffenen Menschen in diesen stationären Einrichtungen ist daher eine dauerhafte Kostenübernahme der Aufwendungen notwendig, um einen Rehabilitationserfolg bzw. Genesungsprozess (und damit ein potentieller Wegfall der besonderen Behandlungspflege) eben nicht mehr zu einem Finanzierungsbruch und damit wirtschaftlichen Risiko (erhöhte Eigenanteile) zu machen. Um diesen Umstand Rechnung zu tragen, sollte § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V um einen klarstellenden Satz ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 2 Satz 3 wird gestrichen und um einen neuen Abs. 3 wie folgt ergänzt:

„Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten qualifizierten Vertragsarzt. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. Der gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum

30.06.2020 den Inhalt und den Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials. Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches sowie die notwendigen Investitionskosten. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse auch die vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches ganz oder teilweise übernimmt. Der Anspruch nach Satz 1 und Satz 2 gilt auch für Versicherte in vollstationären Pflegeeinrichtungen, bei denen nach wie vor ein besonders hoher pflegerischer und therapeutischer Versorgungsaufwand zur Behandlung und Bewältigung von Krankheitsfolgen besteht.“

Außerklinische Intensivpflege – § 37c SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber will mit § 37 c SGB V einen eigenen Leistungsanspruch für Versicherte mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in der gesetzlichen Krankenversicherung festschreiben.

In Abs. 1 werden die Anforderungen an die Verordnung sowie an den die Verordnung ausstellenden Arzt geregelt. Zudem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nähere Einzelheiten in den Richtlinien nach § 92 SGB V festlegen. Mit Abs. 2 will der Gesetzgeber den Leistungsort neu regulieren und schränkt dabei ambulante Versorgung der oben angegebenen Versicherten grundsätzlich auf Ausnahmefälle ein. Schließlich wird in Abs. 3 die Kostenverteilung für diese Versorgungsform für die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen noch einmal klargestellt.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung entschieden ab.

Es wird seitens des bpa nicht gesehen, weshalb zur Stärkung dieser Versorgungsform ein eigener Leistungsbereich gesetzlich eröffnet werden soll. Der Gesetzgeber begründet diese Neuausrichtung als notwendigen Schritt zur Qualitätsverbesserung in der intensivpflegerischen Versorgung. Der bpa begrüßt grundsätzlich jede gesetzgeberische Initiative, die das Ziel hat, die medizinisch-pflegerische Versorgung qualitativ weiter zu verbessern. Allerdings kann nicht erkannt werden, warum es hierzu der Eröffnung eines neuen Leistungsbereiches bedarf und wie damit für die Versicherten im Rahmen der pflegerischen Versorgung eine qualitativ bessere Pflege verbunden sein soll.

Als durchaus richtig und notwendig werden dabei die gesetzlichen Schritte zur Verbesserung der Anschlussversorgung nach einer akut-stationären Behandlung, insbesondere für Patienten, die auf eine Langzeitbeatmung angewiesen sind, bewertet. Es ist sinnvoll, dass Krankenhäuser künftig bei der Entlassung von Patienten deren Beatmungsstatus erfassen. Auf diese Weise können alle Patienten mit einem Potenzial zur Beatmungsentwöhnung von einer qualifizierten Entwöhnungsbehandlung profitieren.

Die bislang erfolgte behandlungspflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege findet qualitativ auf einem sehr hohen Niveau statt. Belege hierfür sind neben den speziell für diesen Bereich festgesetzten Anforderungen und Voraussetzungen in den Versorgungsverträgen

die weiterentwickelten Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) nach § 113 ff. SGB XI und § 275 b SGB V sowie den hieraus abzuleitenden Ergebnissen der Qualitätsprüfungen. Es wird auf die Ausführungen zu § 37 SGB V (s. Seite 6 ff.) verwiesen.

Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Abtrennung von der häuslichen Krankenpflege beinhaltet eine Reihe von Risiken hinsichtlich der Abgrenzung zu anderen Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.

So fehlt es bereits an einer einheitlichen fachlichen Definition für den Begriff „außerklinische Intensivpflege“:

- Wann spricht man von Intensivpflege?
- Welche Versorgungsbereiche deckt die spezielle Krankenbeobachtung nach Nummer 24 der HKP-Richtlinie dann noch mit ab?

Der G-BA wird nach Abs. 1 gesetzgeberisch lediglich beauftragt, Richtlinien für die außerklinische Intensivpflege zu entwickeln. In welchem Verhältnis die zu beschreibenden Anforderungen zu den Leistungen des Leistungsverzeichnisses nach der HKP-Richtlinie stehen, bleibt offen. Ungeklärt bleibt darüber hinaus auch das Verhältnis der neuen Richtlinie zu den beabsichtigten Rahmenempfehlungen nach § 132i Abs. 1 SGB V.

Schließlich bleibt völlig unklar, was die Neuregelung für Versicherte bedeutet, die gegenwärtig behandlungspflegerische Leistungen in einem erheblichen Umfang in Einrichtungen der sogenannten Phase F erhalten. Der Gesetzesentwurf fokussiert sich in erheblichem Maße auf Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege wegen invasive bzw. nicht invasive Beatmung haben. Mit der Streichung von § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V droht für diese Klientel leistungsrechtlich ein Rückfall vor die Zeiten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG).

Darüber hinaus verletzt die geplante Neuregelung in Abs. 2 die Versicherten in elementaren Rechten und ist deshalb völlig inakzeptabel. Die Einführung der behandlungspflegerischen Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Wohneinheiten im Sinne des § 132i SGB V und nur ausnahmsweise in der Häuslichkeit des Versicherten **widerspricht evident dem Versorgungsgrundsatz „ambulant vor stationär“**. Durchaus gravierender ist der damit verbundene **Eingriff in das Wahlrecht des Versicherten**, da die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, in der Familie bzw. an einem sonst geeigneten Ort zum Ausnahmefall wird und unter den Bedingungen der Unzumutbarkeit bzw. Unmöglichkeit einer Versorgung in der vollstationären Pflege bzw. in Wohneinheiten steht. **Derartige Eingriffe in verfassungsrechtlich gesicherte**

Grundrechte der Versicherten lassen sich jedenfalls nicht ohne weiteres mit dem Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung rechtfertigen. Insbesondere dann nicht, wenn völlig offen bleibt, ob die Leistungserbringung unter den qualitativ gebotenen Anforderungen überhaupt zu einer wirtschaftlichen Entlastung der Krankenkassen führt. Von überragender Bedeutung ist dabei die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes und der Autonomie des Versicherten im Rahmen der Leistungsgestaltung. Das Selbstbestimmungsrecht, das durch die Verfassung in den Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) gesichert ist, wird flankiert durch das Wahlrecht des Versicherten, das Ausfluss aus § 2 Abs. 3 SGB V ist. Mittelbares Ziel jeder Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung muss sein, jedem Versicherten ein selbstbestimmtes und weitgehend selbstständiges Leben auch im Rahmen seiner Krankenbehandlung zu ermöglichen. Dieses Ziel lässt sich in der ambulanten Versorgung meist besser verwirklichen als in einer stationären Einrichtung. Vollstationäre Versorgungen sind immer mit einer Einschränkung der Selbstbestimmung verbunden. Allein die Festlegung eines bestimmten Tagesablaufes in einer Einrichtung engen den Versicherten in seiner Autonomie ein. Nach den Wertungen des Gesetzes und der Verfassung soll deshalb die Versorgung in einer Einrichtung die Ausnahme darstellen.

In diesem Zusammenhang hat die sozialgerichtliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), insbesondere im Bereich des Sozialhilferechts, in gefestigter Rechtsprechung bereits mehrfach erklärt, dass auch dann dem Wahlrecht des Betroffenen der Vorzug zu geben ist, wenn die Leistung teurer ist als Leistungen im stationären Bereich (BSG, SozR. 4-3500 § 65 Nr. 5 m.w.N.).

Geleitet von der eigentlichen Intention des Gesetzgebers, die Qualität der Versorgung zu verbessern, wird durch den Referentenentwurf nicht erkennbar, worin die qualitativen „Vorteile“ bei einer Versorgung vornehmlich im stationären Bereich bzw. in Wohneinheiten gegenüber der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit liegen. Nicht selten dürfte das Gegenteil der Fall sein, da eine nicht unerhebliche Zahl von Versicherten, die unter den Anwendungsfall der außerklinischen Intensivpflege fallen, unter Langzeiterkrankungen leiden, die aus vielfältigen Erwägungen eine bessere Betreuung und Versorgung unter Einschluss der Familie im eigenen Heim erhalten. **Diese Versicherten, die aufgrund ihrer schweren und schwersten Erkrankungen ohnehin stark betroffen sind, aus dem familiären und sozialen Umfeld zu reißen, ist nicht nur ethisch bedenklich, sondern dürfte auch gesundheitlich physische und psychische Folgen haben.** Neben diesen Erschwernissen kämen auch zusätzliche finanzielle Belastungen auf diese Versichertengruppe zu.

Im Übrigen ist die vom Gesetzgeber als Öffnung gedachte Regel-Ausnahme nach Abs. 2 Satz 2 gerade für die hier betroffenen Versicher-

ten völlig ungeeignet. Um ihren Anspruch auf häusliche Versorgung geltend zu machen, **haben die Versicherten künftig die Darlegungs- und Nachweislast für das Vorliegen einer Unzumutbarkeit bzw. Unmöglichkeit in der vollstationären Versorgung** bzw. einer Versorgung in Wohneinheiten. Es handelt sich bei den Termini „Unzumutbarkeit“ und „Unmöglichkeit“ um unbestimmte Rechtsbegriffe. Es dürfte auf der Hand liegen, dass deren Auslegung durch die Krankenkassen für die Bestimmung eines Leistungsfalles sehr restriktiv ausfallen wird. Das ergibt sich bereits aus dem Umstand, dass es sich hierbei gesetzlich um die Bestimmung der „Ausnahme“ handelt. Das ist für diese Versichertengruppe, die wie bereits oben mehrfach ausgeführt, gesundheitlich erheblich betroffen ist, mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Dies dürfte einerseits eine Reihe rechtlicher Auseinandersetzungen mit sich bringen. Andererseits wird es eine Vielzahl von Versicherten geben, die nicht über die notwendige Kapazitäten verfügen, um ihren rechtmäßigen Leistungsanspruch durchzusetzen.

Schließlich wird in den Gesetzesmaterialien darauf hingewiesen, dass die Zumutbarkeit einer Versorgung von Kindern in vollstationären Einrichtungen nur ausnahmsweise gegeben ist, wenn die Betroffenen dies wünschen. Der bpa stimmt in diesem Punkt dem Gesetzgeber zu, dass die Versorgung von betroffenen Kindern mit außerklinischer Intensivpflege grundsätzlich in der eigenen Häuslichkeit bzw. in der Familie erfolgen sollte. Es erschließt sich dem bpa aber nicht, dass auf Wunsch der Betroffenen eine Versorgung nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen möglich sein soll und nicht auch in Wohneinheiten. Es gibt bereits heute bundesweit mehrere Dutzend Wohneinheiten, die – zugeschnitten auf die Bedürfnisse bestimmter Kinder und in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit deren Eltern – erfolgreich eine Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege leisten. Modelle dieser Art gibt es demgegenüber im Rahmen der vollstationären Versorgung bis heute keine. **Aufgrund der unklaren Formulierung in den Gesetzesmaterialien steht zu befürchten, dass Krankenkassen zukünftig eine Versorgung von Kindern in Wohneinheiten grundsätzlich ausschließen.** Dies würde ein bis hierhin notwendiges und erfolgreiches Versorgungskonzept in Frage stellen.

Die Bestimmung des § 37c Abs. 3 SGB V wird ausdrücklich begrüßt, sollte sich nach Ansicht des bpa nach aber systematisch innerhalb des neu zu strukturierenden § 37 SGB V wiederfinden (siehe oben Seite 11 ff.).

Die Vorschrift des § 37 Abs. 4 erübrigt sich, wegen identischer Regelung in § 37 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

§ 37c SGB V wird komplett gestrichen. Die notwendigen Änderungen zur Verordnungshoheit werden in den bestehenden § 37 SGB V integriert.

Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung – § 73 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnungsermächtigung wird um die außerklinische Intensivpflege in Abs. 2 erweitert.

B) Stellungnahme

Da der bpa die gesonderte Regelung der außerklinischen Intensivpflege kategorisch ablehnt und als integralen Bestandteil der häuslichen Krankenpflege sieht, besteht auch kein Bedürfnis für eine gesonderte Verordnungsermächtigung im Rahmen des § 73 Abs. 2 SGB V.

C) Änderungsvorschläge

Streichung der Wörter „und außerklinische Intensivpflege“ in § 73 Abs. 2 Satz 1 Nummer 8 SGB V.

Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses – § 92 SGB V

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Folgeänderung durch Ergänzung der Richtlinienkompetenz um die außerklinische Intensivpflege.

B) Stellungnahme

Der bpa erkennt auch für die Entwicklung einer neuen Richtlinie zur abschließlichen Anwendung auf die außerklinische Intensivpflege keinen Handlungsbedarf. Soweit notwendige Änderungen und Ergänzungen im Rahmen des Verordnungsgeschehens eine Konkretisierung der Leistungen über die spezielle Krankenbeobachtung bzw. das Bedienen und Überwachen des Beatmungsgerätes notwendig machen, können diese ohne weiteres in die HKP-Richtlinie integriert werden. Auf diese Weise wird auch vermieden, dass es zu Überschneidungen und Abgrenzungsproblemen innerhalb der unterschiedlichen Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege einerseits und der beabsichtigten Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege andererseits kommt.

In diesem Zusammenhang weist der bpa abermals darauf hin, dass dabei eine Beteiligung der maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gewährleisten ist. Der bpa bewertet es nach wie vor als äußerst kritisch, dass der gemeinsame Bundesausschuss – der fast ausschließlich besetzt ist mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte – über die Ausgestaltung dieser Regelungen entscheiden soll. Dies kann nur durch eine qualifizierte Beteiligung der maßgeblichen Bundesverbände der Pflegeeinrichtungen im G-BA erfolgen. Die Beteiligung darf sich nicht in einem Anhörungsrecht erschöpfen, sondern bedeutet eine mit den Leistungsträgern gleichberechtigte Einbeziehung.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Wörter „und außerklinische Intensivpflege“ in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V.

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a SGB V

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Der Gesetzgeber hebt die Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege innerhalb der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V sowie die Anzeigepflicht der Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege für mindestens zwei Versicherte in Wohneinheiten erbringen, auf.

B) Stellungnahme

Qualitätssichernde Regelungen zur Vereinheitlichung des Leistungsgeschehens in den Bundesländern sind nach mühevollen Verhandlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesvereinigungen der Pflegeeinrichtungen erarbeitet worden und sollen zum 01.11.2019 in Kraft treten. Es bleibt unverständlich, warum die hier jahrelang entwickelten Kompetenzen im Bereich der häuslichen Krankenpflege und die durch die Regelungen der Rahmenempfehlungen gestärkten Strukturen aufgegeben werden sollen. In diesem Zusammenhang wird auf die Ausführungen der Stellungnahme unter § 37 SGB V (s. Seite 6 ff.) und § 37c SGB V (s. Seite 11 ff.) verwiesen.

Vielmehr sollten auch hier die Besonderheiten der Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen in die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V integriert bleiben. Darüber hinaus bedarf es in Abs. 4 einer klarstellenden Regelung über den Anspruch auf Versorgungsvertrag durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege.

C) Änderungsvorschläge

Nach § 132a Abs. 1 S. 5 wird folgender Satz 6 eingefügt:

„In den Rahmenempfehlungen sind darüber hinaus Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen vorzusehen.“

In § 132a Abs. 4 wird folgender Satz 5 eingefügt:

„Über die Leistungen nach § 37 Abs. 3 Satz 4 SGB V einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Krankenkassen Verträge mit vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen.“

Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege - § 132i SGB V

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Mit § 132i SGB V schafft der Gesetzgeber eine neue Norm im Bereich des Leistungserbringungsrecht. In den Abs. 1 bis 4 werden Regularien zur Bestimmung neuer Rahmenempfehlungen für den Versorgungsbereich mit außerklinischer Intensivpflege getroffen. Die Abs. 5 und 6 regeln das Zustandekommen von Versorgungsverträgen für diesen Bereich.

B) Stellungnahme

Für eine qualitätsgesicherte Versorgung bedarf es weder neuer (zusätzlicher) Rahmenempfehlungen explizit für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege noch eigenständiger Versorgungsverträge.

Zum einen besteht schlicht kein Bedürfnis für zusätzliche Rahmenempfehlungen. Aktuell werden die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege erarbeitet. Die Rahmenempfehlungspartner haben die Anforderungen und Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege für Pflegedienste und in Wohneinheiten hier bereits konkretisiert. Es ließen sich die zusätzlichen Anforderungen an die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen dort unkompliziert integrieren. Es bedarf dazu nicht völlig neuer Rahmenempfehlungen mit den damit verbundenen erheblichen administrativen und verwaltungstechnischen Aufwendungen. Der Gesetzgeber schafft hier entbehrliche neue Instrumentarien, die bereits im Bereich der häuslichen Krankenpflege etabliert wurden und die ohne Not in erheblichen Umfang zusätzliche zeitliche und personelle Ressourcen, und damit auch zusätzliche Kosten, verursachen. Schließlich ist auch hier bei Nichteinigung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung eine Schiedsstelle zu installieren – und das, obwohl im Bereich der häuslichen Krankenpflege eine funktionierende Schiedsstelle arbeitet.

Zum anderen gibt es auch kein Erfordernis, neue Versorgungsverträge zu entwickeln. In der ambulanten Versorgung haben bereits eine erhebliche Vielzahl von Leistungserbringern für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege spezialisierte Versorgungsverträge, die ein hohes Niveau an qualitativen Anforderungen zur Leistungserbringung beinhalten. Diese Leistungserbringer haben neben einer entsprechenden sachlichen Ausstattung ein hohes Maß an besonders qualifizierten Fachkräften vorzuweisen, um Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen zu können.

nen. Alle diese Leistungserbringer, die bereits heute entsprechende Leistungen für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege erbringen und die vertraglich vereinbarten zusätzlichen Anforderungen, insbesondere im Personalbereich, erfüllen, wären gezwungen neuer Versorgungsverträge abzuschließen, um Leistungen für diese Patientengruppe weiterhin zur Verfügung zu stellen. Das stellt einen erheblichen Eingriff des Gesetzgebers in grundrechtlich verbürgte Freiheiten der Leistungserbringer dar.

Faktisch wird allen bislang auf Grundlage ihres Versorgungsvertrages nach § 132a Abs. 4 SGB V tätigen Leistungserbringern ihre „Zulassung“ zur weiteren Gewährung dieser Leistungen entzogen. Dies stellt einen ganz erheblichen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 GG dar und darüber hinaus eine nicht hinzunehmende Beeinträchtigung des Rechts am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nach Art. 14 GG.

Diese Leistungserbringer werden faktisch damit künftig von der Leistungserbringung ausgeschlossen. Hierfür gibt es keine wesentliche Rechtfertigung durch den Gesetzgeber. Wie oben bereits ausgeführt, lässt der Referentenentwurf in keiner Weise erkennen, worin bei der gegenwärtigen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Qualitätsdefizite solcher Art und solchen Ausmaßes bestehen, die es rechtfertigen, eine erheblichen Anzahl von Leistungserbringern zukünftig von der Versorgung auf Grundlage bestehender Verträge auszuschließen. Das birgt für eine Vielzahl von Leistungserbringern **ganz erhebliche wirtschaftliche Risiken bis hin zum Verlust des Unternehmens**. Das kann, auch vor dem Hintergrund der Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung der Versicherten, nicht im Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Es muss mindestens gewährleistet bleiben, dass Leistungserbringer mit bestehenden Versorgungsverträgen, die bestandsschützende Gewähr haben, auch zukünftig auf dieser Grundlage Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen zu können.

Des Weiteren ist es ebenso **nicht sachgerecht, die „Zulassung“ zum Versorgungsvertrag vom Bestehen eines Kooperationsvertrages mit einem spezialisierten Facharzt abhängig zu machen**. Eine solche Anforderung verkehrt die Kompetenzenverteilung im Ärzte-Leistungserbringer-Verhältnis. Der Pflegedienst wird allein auf Grundlage der ärztlichen Verordnung tätig. Der (Fach-)arzt hat die alleinige Therapie- und Verordnungshoheit und ist medizinisch-fachlich für das Geschehen verantwortlich. Er hat grundsätzlich zu gewährleisten, dass die von ihm verordneten Leistungen sachgerecht erbracht werden. Vor diesem Hintergrund ist es nicht angemessen, den Pflegediensten zur Erlangung eines Versorgungsvertrages aufzubürden, Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Fachärzten vorzuhalten. Genauso wenig ist es Aufgabe der Pfl-

gedienste im Rahmen des Versorgungsprozesses die bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung der Versicherten durch Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten. Die Zusammenführung unterschiedlicher Leistungserbringer zur Sicherstellung des medizinischen Behandlungserfolges ist grundsätzlich Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen und kann nicht – obendrein als Zulassungsvoraussetzung – auf einzelne Leistungserbringer verschoben werden.

Zur Weiterentwicklung der besonderen Anforderungen in der außerklinischen Intensivpflege ist es versorgungsstrukturell effizienter und sinnvoller, auf die bestehenden Strukturen innerhalb der häuslichen Krankenpflege aufzubauen. Hier können die vom Gesetzgeber als notwendig erachteten Schritte zur Stärkung dieses Versorgungssegments effektiv und nachhaltig eingebettet werden. So bleiben bewährte Versorgungsstrukturen erhalten und können schrittweise verbessert werden. Dazu bedarf es keiner Etablierung eines neuen Leistungsbereiches mit einer Vielzahl neu zu erarbeiten der Statuten. Vielmehr sollten die gegebenen Strukturen weiterentwickelt und gestärkt werden. Es wird in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen unter § 37 SGB V (s. Seite 6 ff.) und § 132a SGB V (s. Seite 18) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

§ 132i SGB V wird komplett gestrichen.

Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst – § 275b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungserbringer, die Wohneinheiten nach § 132i Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V betreiben, soll die Qualitäts- und Abrechnungsprüfung grundsätzlich unangemeldet erfolgen.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt, wie oben ausgeführt, die Neuregelung des § 132i SGB V in Gänze ab. Damit erübrigt sich auch eine Änderung des § 275b SGB V. Für Wohneinheiten nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V bleibt das unangemeldete Prüfrecht nach wie vor erhalten. Insofern ist die beabsichtigte Regelung obsolet.

C) Änderungsvorschlag

§ 275b Abs. 2 Satz 2 SGB V bleibt in seiner Ursprungsform erhalten.

Richtlinien der Pflegekassen – § 17 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung des Gesetzgebers zur Richtlinienbefugnis des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen über die Kostenabgrenzungsrichtlinie, die sich nunmehr auf § 132i SGB V beziehen soll.

B) Stellungnahme

Auch diese Gesetzesänderung erübrigt sich nach Ansicht des bpa mit Beibehaltung der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Leistungsspektrum der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V.

C) Änderungsvorschlag

§ 17 Absatz 1b Satz 1 SGB XI bleibt in seiner Ursprungsform erhalten.

Finanzierung der Pflegeeinrichtungen – § 82 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aus der Einführung des neuen Leistungsanspruchs nach § 37c SGB V.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die Einführung eines neuen § 37c SGB V ab. Daher erübrigt sich eine Änderung des § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI.

Der bpa weist in diesem Zusammenhang im Übrigen wiederholt darauf hin, dass die Regelung des § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI dem Grunde nach verfassungsrechtlich als erheblich bedenklich angesehen wird. Es stellt nach Ansicht des bpa nach wie vor eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung dar, dass Bewohner von Pflegeeinrichtungen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung Leistungen der Behandlungspflege durch die Deckelung der Sachleistungsbeträge teilweise selbst zu finanzieren haben, während Versicherte, die Leistung der häuslichen Krankenpflege (medizinische Behandlungspflege) in der eigenen Häuslichkeit, in der Familie bzw. an einem sonstigen geeigneten Ort erhalten, diese vollständig über die gesetzliche Krankenversicherung als Sachleistung finanziert bekommen.

Der Umstand, dass der Gesetzgeber für die Versichertengruppe, welche Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI in Anspruch nimmt, auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung verortet, bezeugt evident, dass bereits grundsätzlich die medizinische Behandlungspflege unabhängig vom Wohnort des Versicherten in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Allein der Umstand, dass der Umfang an notwendiger medizinischer Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen zwischen unterschiedlichen Versichertengruppen variiert, vermag nicht die finanzielle Ungleichbehandlung dieser Versichertengruppen zu rechtfertigen. Die festgelegte Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege zum Leistungsspektrum der sozialen Pflegeversicherung in Teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, lehnt der bpa deshalb weiterhin als nicht systemkonform ab.

C) Änderungsvorschlag

§ 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Sie umfasst auch die Betreuung.“

Bemessungsgrundsätze – § 84 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aus der Einführung des neuen Leistungsanspruchs nach § 37c SGB V.

B) Stellungnahme

Es wird verwiesen auf die Ausführungen zu § 82 SGB XI (s. Seite 24 f.). Hier gilt sinngemäß das gleiche.

C) Änderungsvorschlag

§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Pfllegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die Teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung.“