



dbb
beamtenbund
und tarifunion

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

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

Berlin, 6. September 2019





Allgemeines:

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf sind zahlreiche Maßnahmen vorgesehen, die den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ weiter stärken. Nach wie vor ist der dbb der Ansicht, dass Prävention immer noch einen viel zu geringen Stellenwert in den Ausgaben der Krankenkassen einnimmt. Langfristig ist Prävention und Früherkennung unter Kosten-Nutzen-Erwägungen die wirkungsvollste Antwort auf den demografischen Wandel. Dies gilt insbesondere bei Leistungen, die chronische Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit frühzeitig vermeiden. Entsprechend begrüßt der dbb ausdrücklich die vorgesehenen Neuregelungen zum erleichterten Zugang zu geriatrischen Rehabilitationsleistungen. Den präventiven Gedanken gerade bei chronisch Erkrankten sowie bei drohender Pflegebedürftigkeit in den Vordergrund zu stellen, ist ein richtiger und wichtiger Schritt. Dies gilt nicht nur aus Kostengründen. Die Vermeidung bzw. das Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit ist für die Betroffenen im Sinne der Aufrechterhaltung eines selbstbestimmten Lebens und der Teilhabe von entscheidender Bedeutung.

Darüber hinaus wird mit dem vorgelegten Referentenentwurf ein weiterer Schritt unternommen, Fehlanreize und Leistungsmissbrauch im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung zu reduzieren. Dies betrifft in besonderem Maße die außerklinische Intensivpflege von Beatmungspatienten. Mit den vorgesehenen Neuregelungen sollen darüber hinaus Anreize verstärkt werden, stationär beatmete Patienten zu entwöhnen, anstatt sie als beatmungspflichtig zu entlassen.

Auch wenn die Absicht, Fehlanreize und Leistungsmissbrauch im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung zu verhindern, nachvollziehbar und wichtig ist, sollten die Bedürfnisse der Patienten, die auf eine Intensivpflege angewiesen sind, nicht außer Acht gelassen werden. Gerade für diese Patientengruppe ist die Rückkehr in die häusliche Umgebung oftmals sehr wichtig und für die Gesundheit förderlich. Dies gilt ganz besonders in den Situationen, in denen eine Beatmungsentwöhnung medizinisch indiziert ist. Daher sollte nach Auffassung des dbb die außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit unter Berücksichtigung der konkreten Situation nicht grundsätzlich auf wenige Ausnahmefälle beschränkt werden.

Der dbb hatte bereits im Rahmen seiner Stellungnahme zum Faire-Kassenwahl-Gesetz die dortigen Neuregelungen zur Bekämpfung diverser Gestaltungsmöglichkeiten bei der Leistungsabrechnung begrüßt. Die vorgesehenen Zu- bzw. Abschläge sind aus Sicht des dbb hier ein probates Mittel. Die Vorgabe, dass Beatmungspatienten regelmäßig in der stationären Intensivpflege bzw. in speziellen Wohngruppen untergebracht werden sollen, wo entsprechend geschultes Pflegepersonal verfügbar ist, ist auch dem Schutz dieser besonders pflegeintensiven Patientengruppe geschuldet. Die Beatmung daheim soll nur noch in Ausnahmefällen erstattet werden.



Stärkung der Rehabilitation:

Die in § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V vorgesehene Halbierung des vom Versicherten zu tragenden Mehrkostenanteils bei Teilnahme an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung, die nicht im Katalog der jeweiligen Krankenkasse geführt ist, begrüßt der dbb ausdrücklich. Es wird damit nicht nur die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt, sondern auch mögliche Hemmnisse, eine Rehabilitation anzutreten, abgebaut.

Ausdrücklich begrüßt der dbb die Regelungen des § 111 Abs. 5 SGB V, durch die die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen, die die Grundlohnsummenwachstumsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V übersteigen, nicht als unwirtschaftlich von den Krankenkassen abgelehnt werden dürfen. Der dbb bekennt sich zwar zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität, sieht die nun vorgesehene Ausnahme für den Reha-Bereich jedoch als überfällig an. Gleiches gilt durch Ergänzung des § 111c Abs. 3 Satz 1 SGB V künftig auch für ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Fakt ist zwar, dass für die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten bei ihrer Berufswahl monetäre Aspekte nicht unmittelbar im Vordergrund gestanden haben. Gerade im Hinblick auf den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen sieht der dbb neben noch ausstehenden deutlichen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen dennoch als sehr sinnvoll an, denn sie steigern die Attraktivität und können mittel- bis langfristig mit dazu beitragen, dass sich mehr Jugendliche bei der Berufswahl für einen Beruf im Bereich der Rehabilitation und (Kranken-) Pflege entscheiden.

Prävention kann einen wichtigen Beitrag leisten Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder diese zumindest bis ins hohe Lebensalter hinauszuzögern. Dies ist im Sinne aller von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen und ihrer Angehörigen.

Geriatrische Rehabilitation, bestenfalls noch vor der Begutachtung einer möglichen Pflegebedürftigkeit, stärkt das Grundprinzip „Reha vor Pflege“. In diesem Sinne muss oberstes Ziel sein, die Inanspruchnahme entsprechender rehabilitativer Angebote zu erleichtern. Der in § 40 Abs. 3 SGB V vorgesehene Wegfall der Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit einer geriatrischen Reha durch die Krankenkasse, sofern die Maßnahme vertragsärztlich verordnet wurde, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verfahrensvereinfachung und –beschleunigung und wird vom dbb uneingeschränkt begrüßt.

Auch die in § 40 Abs. 3 Satz 6 SGB V neu festgeschriebene Regeldauer der geriatrischen Reha auf 20 Behandlungstage (ambulant) bzw. drei Wochen (stationär) tragen dem in der Regel längeren Behandlungserfordernis älterer Menschen Rechnung. In eine ähnliche Richtung geht auch der neu geregelte Wegfall der vierjährigen Mindestwartezeit auf eine erneute Reha-Maßnahme für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.



Außerklinische Intensivpflege:

Die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf werden mit dem neu eingefügten § 37c Abs. 1 SGB V in einen eigenständigen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt. In diesem Zusammenhang ist künftig die regelhafte Unterbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in speziellen, auf Intensivpflege spezialisierten Wohneinheiten, die strengen Qualitätsanforderungen unterliegen und die sich künftig gemäß § 275b SGB V unangekündigten Präsenzüberprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unterziehen müssen, vorgesehen.

Die Beschränkung der außerklinischen Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit auf wenige Ausnahmefälle ist aus Sicht des dbb zu weitgehend. Die Bedürfnisse der Patienten, die auf eine Intensivpflege angewiesen sind, insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht, dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Dies gilt ganz besonders in den Situationen, in denen eine Beatmungsentwöhnung medizinisch indiziert ist. Daher sollte nach Auffassung des dbb die außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit unter Berücksichtigung der konkreten Situation nicht grundsätzlich auf wenige Ausnahmefälle beschränkt werden.

Sollte eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit gewünscht sein, so muss im Sinne der Patientensicherheit der Einsatz hinreichend geschulten Personals nachvollziehbar sichergestellt sein.

Die Intensivpflege in einer entsprechenden vollstationären Einrichtung umfasst den finanziellen Anspruch auf die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, der medizinischen Behandlungspflege sowie der Investitionskosten.

Begrüßt wird in diesem Zusammenhang die in § 37c Abs. 3 SGB V vorgesehene Öffnungsklausel, die es Krankenkassen ermöglicht, Unterbringungs- und Verpflegungskosten als Satzungsleistung ganz oder teilweise zu übernehmen. In der Summe führt dies zu erheblichen Reduzierungen der Eigenanteile für die intensivpflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Als besonders problematisch und missbrauchsanfällig hat sich in der Vergangenheit die Behandlung von Beatmungspatienten erwiesen. Viel zu häufig wurden Patienten als beatmungspflichtig in die intensivpflegerische Versorgung entlassen, obwohl gegebenenfalls eine längerfristige, stationäre Beatmungsentwöhnung Erfolg versprechend gewesen wäre und dem Patienten ein selbstbestimmteres Leben hätte ermöglicht werden können. Die Neuregelung in § 6 Abs. 2a KHEntgG, mit der künftig durch entsprechende krankenhausespezifischen Zuschläge für die Beatmungsentwöhnung Anreize geschaffen werden, zunächst alle Möglichkeiten der Beatmungsentwöhnung auszuschöpfen, wird vom dbb ebenso begrüßt wie die in § 5 Abs. 3f KHEntgG geregelten Abschläge im Falle einer Pflichtverletzung.