



**Stellungnahme der Bundespflegekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur
Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer
Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und
Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) der Bundesregierung**

**Bundespflegekammer
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
jens.kaffenberger@bundespflegekammer.de**

Die Bundespflegekammer begrüßt, dass die im Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG noch vorgesehene Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts beatmeter oder tracheotomierter Menschen bei der Wahl des Lebens- und Wohnortes weitgehend zurückgenommen wurde. Es soll nun nicht mehr geprüft werden, ob der Wunsch beatmeter oder tracheotomierter Menschen nach häuslicher Versorgung angemessen ist. Positiv bewertet wird, dass Intensivpflege-Patienten weitgehend von Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen befreit werden, damit die Unterbringung in einer stationären Einrichtung nicht aus finanziellen Gründen scheitert. Diese Bestimmung muss auch für die Kurzzeitpflege gelten.

Die Stärkung insbesondere der geriatrischen Rehabilitation und damit des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ wird ausdrücklich begrüßt. Die Defizite in Deutschland, die beim Zugang und der Bewilligung der geriatrischen Rehabilitation bestehen, sind seit langem bekannt. Insbesondere der Direktzugang durch ärztliche Verordnung, ohne dass eine Bewilligung durch die Krankenkassen erforderlich ist, kann den Zugang zur Versorgung deutlich verbessern. Positiv bewertet wird auch, dass die Bindung der Vergütungsverträge in der Rehabilitation an die Beitragssatzstabilität aufgehoben und die Tarifverträge sowie andere betriebliche Vereinbarungen nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Damit werden Hürden für eine bessere Bezahlung von Pflegefachpersonen in Rehabilitationseinrichtungen aus dem Weg geräumt.

Aus Sicht der Bundespflegekammer muss bei der Umsetzung des Gesetzes die pflegefachliche Expertise viel stärker eingebunden werden. Die außerklinische Intensivpflege wird primär durch Pflegefachpersonen verantwortet, durchgeführt oder begleitet. Die Bereitstellung einer bestmöglichen im Sinne einer qualitativ hochwertigen Pflegeleistung betrifft unmittelbar die Berufsausübung der Pflegefachpersonen. Qualitätsanforderungen und Qualifikationsprofile müssen deswegen zwingend mit der Berufsgruppe und deren beruflicher Selbstverwaltung abgestimmt werden.

Die Stellungnahme zum GKV-IPReG im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 2

§ 37c SGB V Außerklinische Intensivpflege

Absatz 1

Der Gesetzgeber reguliert mit § 37b SGBV den sozialrechtlichen Anspruch der Versicherten auf außerklinische Intensivpflege. Dieser greift dann, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten "Pflegefachkraft" oder ein vergleichbarer Einsatz einer "Pflegefachkraft" erforderlich ist. Primär umfasst der Anspruch die medizinische Behandlungspflege und die Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des Leistungsortes. Bei jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege muss der Vertragsarzt das Potential zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung prüfen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach §92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V für Kinder und Erwachsene getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen und Anforderungen wie beispielsweise an die medizinische Behandlungspflege, die Zusammenarbeit der ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringer, die Qualifikation der Leistungserbringer und die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen und –ärzte.

Stellungnahme der Bundespflegekammer

Die Bundespflegekammer bewertet positiv, dass dem Entwöhnungspotential beatmter Patientinnen und Patienten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Fraglich ist, ob mit jeder Verordnung das Entwöhnungspotential geprüft werden muss. Ob diese Regelung zu einer Bürokratisierung der Versorgung führt, hängt letztlich von der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ab. In diesem Zusammenhang weist die Bundespflegekammer auf die unzureichende Beteiligung und Einbindung der nicht-ärztlichen Leistungserbringern im G-BA hin. Die Bundespflegekammer ist regelhaft an allen Beschlüssen zu beteiligen, die die Berufsausübung der Pflegefachpersonen betrifft. §91 Abs. 5 SGB V ist entsprechend zu ergänzen. Mindestens aber ist ein Stellungnahmerecht der Bundespflegekammer und der maßgeblichen Berufsverbände der Pflege bei Richtlinien nach §92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V gesetzlich zu verankern.

Absatz 2

Mit der Einführung des § 37c Absatz 2 wird die Inanspruchnahme der Außerklinischen Intensivpflege hinsichtlich des Leistungsortes geregelt. Im vorliegenden Entwurf entfällt gegenüber dem Referentenentwurf zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG die Kann-Regelung zur Versorgung im eigenen Haushalt bzw. zur Wahl des geeigneten Leistungsortes durch die Betroffenen selbst. Ausdrücklich wird nun begründet, dass die Krankenkassen die Wünsche des Versicherten gebührend berücksichtigen müssen. Grundlegende Voraussetzung ist eine tatsächliche und dauerhafte Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Eine schwerwiegende oder lebensbedrohliche Situation des Versicherten soll damit ausgeschlossen werden. Vor der endgültigen Entscheidung zur häuslichen Versorgung ist immer eine vor-Ort-Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) vorgesehen. Eine Verweigerungshaltung des Leistungsberechtigten führt dabei dazu, dass die Kosten für die häusliche Versorgung nicht durch die Leistungsträger übernommen werden. Dies kann, wenn die Leistungsberechtigten nicht in der Lage sind, die hohen Kosten selbst zu tragen zur Verlegung an einen anderen Leistungsort führen, damit eine ausreichende pflegerische Versorgung erfolgen kann.

Stellungnahme der Bundespflegekammer

Die Festsetzung des Leistungsortes durch den Gesetzgeber hat schon bei dem ersten Referentenentwurf zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG zu starken nach unserer Auffassung auch berechtigten Protesten der Betroffenen- und Patientenverbände geführt. Nachvollziehbar war die Kritik hinsichtlich des Leistungsortes in der eigenen Häuslichkeit, deren Bewilligung im Ermessen der Krankenkasse bzw. der durch die Krankenkassen bewerteten Zumutbarkeit lag. Daher stellt die Bundespflegekammer positiv fest, dass diese Regelung geändert wurde und der Leistungsort in der eigenen Häuslichkeit als gleichwertig anerkannt wird. Dabei wird es grundsätzlich als sinnvoll erachtet, dass im Gegensatz zur bisherigen

Regelung der Medizinische Dienst auch Zugang in die Häuslichkeit der Betroffenen hat damit die Qualität der Versorgung durch eine Dritte Stelle eruiert wird. Kritisch sieht die Bundespflegekammer jedoch, dass weitere explizite Kriterien für die Entscheidung des Leistungsortes fehlen. In strittigen und unklaren Situationen ist nicht der Wunsch des Betroffenen ausschlaggebend, sondern letztlich die Ergebnisse aus der Begutachtung des MD. Da diese Begutachtung und die Entscheidung der Krankenkasse letztlich sehr weitreichende Auswirkungen auf den Lebens- und Wohnort des Patienten haben können, sollte der Gesetzgeber die Kriterien klar definieren, wann die pflegerische Versorgung zu Hause tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist. Diese Entscheidung sollte nicht untergesetzlich getroffen werden. Klärungsbedürftig ist zudem die Frage, was geschieht, wenn die Krankenkasse feststellt, dass die pflegerische Versorgung zu Hause nicht sichergestellt ist. Hier sollten die Krankenkassen zunächst ihrer Sicherstellungsverantwortung nachkommen. Wenn der Versicherte die Versorgung zu Hause wünscht, darf der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung nur das letzte Mittel sein, wenn die Sicherstellung auf andere Weise nicht gewährleistet werden kann. Hier ist die Gelegenheit zur Nachbesserung gesetzlich einzuräumen. Bei der Festlegung der Verordnungsbefugnis durch den G-BA ist zudem zu berücksichtigen, dass verordnungsbefugte Vertragsärzte flächendeckend in ausreichender Zahl tatsächlich zur Verfügung stehen.

Absatz 3

In diesem Absatz wird geregelt, dass Intensivpflege-Patienten in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege weitgehend von den Eigenanteilen befreit werden, damit die Unterbringung in einer stationären Einrichtung nicht aus finanziellen Gründen scheitert. Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, da sich der Gesundheitszustand gebessert hat, können Krankenkassen diese Kosten als Satzungsleistung übernehmen.

Stellungnahme der Bundespflegekammer

Es wird begrüßt, dass Intensivpflege-Patienten weitgehend von Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen befreit werden. Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme zurecht anmahnt, sollte diese Regelung aber auch für die Kurzzeitpflege gelten. Allerdings entsteht dadurch eine neue Ungleichbehandlung mit anderen Pflegebedürftigen, die zwar nicht einen entsprechend hohen behandlungspflegerischen Bedarf haben, aber Unterkunft-, Verpflegung und Investitionskosten aus der eigenen Tasche bezahlen müssen. Abgelehnt wird die Regelung, dass bei erfolgter Entwöhnung die Kassen diese Leistungen als Satzungsleistung weiterhin übernehmen können. Da es sich um erhebliche Kosten handelt, darf dies nicht dem Wettbewerb der Krankenkassen überlassen, sondern muss als Pflichtleistung für alle Versicherten ausgestaltet werden., ggf. zeitlich befristet. Daneben ist sicherzustellen, dass auch in Langzeitpflegeeinrichtungen die qualitativen personellen Strukturvorgaben wie in der häuslichen Pflege gelten.

Nummer 4 b) aa)

§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V (neu)

Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ soll eine geriatrische Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse durchgeführt werden können. Das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse wird dadurch erleichtert und der Zugang zur Leistung kann für die Versicherten schneller erfolgen, sofern zuvor im Rahmen der vertragsärztlichen Verordnung eine Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente erfolgt ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92 Auswahl, Einsatz und Nachweis der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente.

Stellungnahme Bundespflegekammer

Diese Bestimmung reagiert auf die Defizite beim Zugang und der Bewilligung der geriatrischen Rehabilitation und ist geeignet, die Leistung deutlich niedrigschwelliger verfügbar zu machen, was von der Bundespflegekammer sehr begrüßt wird. Allerdings ist bei der Umsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss darauf zu achten, dass an die „geeigneten Abschätzungsinstrumente“ keine überzogenen Anforderungen gestellt und dadurch der Zugang neuerlich begrenzt wird.

Nummer 10 b)

§ 111 Abs. 5 SGB V (neu)

Für die Vergütungsvereinbarung für stationäre Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V nicht gelten. Damit können die Vertragspartner der Vergütungsverhandlung nach § 111 Abs. 5 S. 1 SGB V bei den Verhandlungen über die angemessene Vergütung der Rehabilitationsleistungen Steigerungen vereinbaren, die über der Grundlohnsumme liegen. Ferner wird klargestellt, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Stellungnahme der Bundespflegekammer

Diese Regelung ist zu begrüßen. Die Abschaffung der Bindung an die Grundlohnsumme ermöglicht endlich eine angemessene Refinanzierung der stetig steigenden Kosten in der medizinischen Rehabilitation. Nur so kann auch in Zukunft eine bedarfsgerechte indikationsspezifische oder geriatrische Rehabilitation gewährleistet und der Grundsatz „Reha-vor-und-bei-Pflege“ angemessen umgesetzt werden.

Ausdrücklich unterstützt wird von der Bundespflegekammer die erleichterte Refinanzierung für eine bessere Entlohnung der Pflegefachpersonen in Rehabilitationseinrichtungen. Ausgesprochen sinnvoll ist, dass von dieser Regelung auch Rehabilitationseinrichtungen ohne Tarifbindung umfasst sind, aber mit entsprechenden hauseigenen Regelungen (Betriebsvereinbarungen).

Nummer 10 c)

§ 111 Abs. 7 SGB V

Als wesentliche Neuregelung zur Verbesserung der Transparenz und einer angemessenen Leistungsorientierung sieht diese Regelung vor, dass auf Bundesebene durch den GKV-Spitzenverband und den für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge vereinbart werden sollen. Kommt eine solche Rahmenempfehlung nicht zustande können die Vereinbarungspartner die neu geschaffene „Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen“ anrufen.

Stellungnahme der Bundespflegekammer

Diese Maßnahme ist grundsätzlich positiv zu bewerten und als Verbesserung für eine qualitativ hochwertige und im Bundesgebiet vergleichbare Versorgung der Rehabilitanden sowie einer leistungsgerechten Vergütung als Grundlage zu begrüßen.

Im Rehabilitationsbereich ist zu beachten, dass die Vielzahl unterschiedlichster Indikationen auch jeweils unterschiedliche indikationsspezifische Ausrichtungen der Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich Inhalt, Umfang und Ziel der Rehabilitationsleistungen bedingen. Daher muss es möglich sein, entsprechende Rahmenempfehlung unter Berücksichtigung dieser Vielschichtigkeit zu vereinbaren.

Nummer 14

§ 132j

Unter dem Abschnitt „Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern“ wird der § 132j SGB V neu eingefügt. Mit dem Abschnitt verlangt der Gesetzgeber, Rahmenempfehlungen über die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege zu vereinbaren. Krankenkassen und Leistungserbringerverbände sollen sich hierzu verständigen. Die Rahmenempfehlungen sollen einheitliche Qualitätsvorgaben und Standards enthalten. Dazu gehören beispielsweise die konkreten Vorgaben zum vorzuhaltenden Personal oder zur Kooperation mit weiteren Leistungserbringern.

Stellungnahme der Bundespflegekammer

Die Intention des Gesetzgebers das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung auszuschöpfen und bestehende Fehlversorgungen zu unterbinden, ist nachvollziehbar und richtig. Die bisherigen Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege sind daher zu überarbeiten. Leistungserbringer und Krankenkassen sollen die Rahmenbedingungen vereinbaren, die unter anderem die Strukturvoraussetzungen wie auch die Qualifikationsprofile der beteiligten Berufe festlegen. Vorhandene Komorbiditäten der betroffenen Patientinnen und Patienten stellen auch an die pflegerische Versorgung besondere Anforderungen. Die intensivpflegerischen Aufgaben werden ohne Anwesenheit eines Arztes durchgeführt und erfordern allein für die Überwachung der außerklinischen Beatmung ein hochqualifiziertes Pflegepersonal.

Seit der Etablierung von Landespflegekammern legen diese die beruflichen Gebiete in ihrer Weiterbildungsordnung fest, wenn besondere Kenntnisse zur angemessenen pflegerischen Versorgung erworben werden müssen. Zwar existieren noch nicht in allen Bundesländern Pflegekammern, dennoch sollte im Fall der „außerklinischen Intensivpflege“ die Regelungen zur Strukturvorgabe und der Weiterbildung einheitlich im Konsens mit der Selbstverwaltung der Pflege getroffen werden. Ein Stellungnahmerecht der Bundespflegekammer allein reicht nicht aus, wobei nicht einmal dies im §132j normiert ist.