

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

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

(Bundestag Drucksache 19/19368)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, den 11.06.2020

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Der vorliegende *Gesetzentwurf der Bundesregierung* will leistungsrechtliche Regelungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation sowie im Bereich der außerklinischen Intensivpflege anpassen.

Im Bereich der medizinischen Behandlungspflege wird aufgrund der demografischen Entwicklung der Bedarf in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll deshalb erleichtert werden.

Für Versorgungs- und Vergütungsverträge über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine einheitlichen Grundsätze oder Empfehlungen. Auf Bundesebene sollen verbindliche Vorgaben vereinbart werden.

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege ist festzustellen, dass Bedeutung und Bedarf in den letzten Jahren enorm zugenommen hat. Vor diesem Hintergrund will der vorliegende Entwurf,

- die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen berücksichtigen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen und pflegerischen Standard gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten beseitigen.

Darüber hinaus zielt das Gesetz auf eine Verbesserung der längerfristigen stationären Beatmungsentwöhnung ab, um eine Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen zu vermeiden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die geplanten Neuregelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation werden vom Sozialverband VdK grundsätzlich unterstützt. Der vorliegende Entwurf sieht vor, dass niedergelassene Ärzte geriatrische Rehabilitation verordnen dürfen, und zwar ohne Antragsverfahren. Das ist die richtige Idee und entspricht auch einer alten Forderung des Sozialverbands VdK. Die heutigen Beantragungsverfahren für rehabilitative Maßnahmen sind weder zeitgemäß noch im Sinne der Patientinnen und Patienten. Speziell nach einer Akutversorgung führen die zeitaufwendigen Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen zu Versorgungslücken und gefährden damit erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen. Von daher ist der Verzicht auf das Antragsverfahren bei einer geriatrischen Rehabilitation als ein guter Anfang zu werten. Klar ist aber auch, dass diese Regelung auf alle Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ausgedehnt werden muss, damit auch alle Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf davon profitieren. Der Sozialverband VdK fordert, entsprechend hier das Gesetz nachzubessern und insgesamt medizinische Rehabilitation per Verordnung zu ermöglichen.



Ansonsten entstehen für viele Patientengruppen weiterhin unnötige Wartezeiten mit der Gefahr der Immobilität oder sie bekommen durch Schreibtischentscheidungen einzelner Krankenkassenmitarbeiter gar keine Rehabilitation bewilligt. Nach Auffassung des Sozialverbands VdK müssen die Zugangsbarrieren für rehabilitative Maßnahmen insgesamt abgebaut werden. Gleichzeitig dürfen gesetzliche Neuregelungen in diesem Bereich nicht zu einer noch weiteren Zersplitterung der Rehabilitationsregelungen insgesamt führen. Wir sehen hier den Gesetzgeber in der Pflicht, die Regelungen der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher zusammenzuführen, damit für alle Betroffenen sowie für die unterschiedlichen Kostenträger Klarheit über Antragstellung, Kostenübernahme und Bewilligung herrscht.

Auch der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 15.05.2020 eine Ausweitung der Rehabilitation aufgrund vertragsärztlicher Verordnung auf sogenannte indikationsbezogene Rehabilitationsmaßnahmen gefordert. Der Sozialverband VdK geht hier noch weiter, um die Rehabilitation breiter zugänglich zu machen.

Der Sozialverband VdK fordert weiterhin eine Klarstellung im Gesetz, dass der Antrag auf eine geriatrische Rehabilitation durch den Patienten gestellt werden kann. Dies geht in der neuen Vorschrift in der Möglichkeit der Verordnung durch einen Vertragsarzt unter. Lediglich in der Begründung zum Gesetzentwurf wird dies ausdrücklich genannt.

Grundsätzlich sei an dieser Stelle noch angemerkt, dass der positive Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen in der Geriatrie mittlerweile anerkannt ist. Präventive Maßnahmen können verhindern, dass Pflegebedürftigkeit überhaupt entsteht. Durch ganzheitliche Maßnahmen kann Pflegebedürftigkeit ganz überwunden, in ihren Auswirkungen abgemildert oder eine Verschlimmerung abgewendet werden, wodurch sich die Lebensqualität verbessert. Nach Auffassung des Sozialverbands VdK wäre die flächendeckende, professionell ausgestaltete Umsetzung des „Präventiven Hausbesuchs“, wie in der Koalitionsvereinbarung auch vertraglich vorgesehen, ein nachhaltig wirkender Einstieg. Gleiches gilt für die tatsächliche Realisierung des Rechtsanspruchs auf Leistungen der gesundheitlichen Prävention und Rehabilitation für Menschen mit Pflegebedarf.

Um den positiven Nutzen der geriatrischen Rehabilitation auszubauen, fordert der Sozialverband VdK, die 4-Jahres-Frist für diese Rehabilitationsmaßnahmen zu streichen. Nach jetziger Rechtslage muss der Patient vier Jahre zwischen zwei Maßnahmen abwarten, Ausnahmen sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich. Der Gesetzentwurf sieht den Wegfall dieser Frist für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen vor, um die schnelle körperliche Entwicklung und damit die schnelle Entwicklung von Krankheitsverläufen zu berücksichtigen. Aus dem gleichen Grund muss dies für die geriatrische Rehabilitation gelten. Die Multimorbidität und das hohe Lebensalter lassen Krankheitsverläufe schneller voranschreiten als bei jüngeren Patienten. Hilfsweise kann die Frist hier auf zwei Jahre abgesenkt werden.

In Bezug auf die geplanten Änderungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege kann der Sozialverband VdK die Intention des Gesetzgebers mit Blick auf die kritische Lebens- und Pflegesituation in sogenannten Beatmungs-Wohngemeinschaften nachvollziehen. Allerdings zielt der Gesetzentwurf deutlich weiter und nimmt äußerst unkonkret „Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ ganz insgesamt in den Blick. Das ist weder nachvollziehbar noch fachlich begründbar und würde überdies in der Praxis zu zahlreichen Verfehlungen führen. Der vorgelegte Gesetzentwurf ändert an der Unter- und

Fehlversorgung nichts. Vorhandene Strukturen werden verfestigt und dass ohne Weiterentwicklung um Leistungsinhalte zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die Ursachen für die Unterversorgung liegen häufig darin, dass mit Blick auf die zeit-, personal- und kostenintensive Weaning-Versorgung die Pauschalvergütung nicht auskömmlich erscheint. Ob sich daran mit den geplanten finanziellen Anreizen etwas ändert, bleibt abzuwarten. Auch viele der weiteren vorgeschlagenen Neuerungen in Bezug auf die außerklinische Intensivpflege werden vom Sozialverband VdK äußerst kritisch gesehen.

Die Überlegungen zur zukünftigen Versorgung in stationären Settings werden abgelehnt. Der Sozialverband VdK erkennt an, dass die Bundesregierung bemüht war, den Gesetzentwurf auf den Protest nahezu aller Verbände und Organisationen hin zu verbessern. Insbesondere die zuvor vorgesehene Angemessenheitsprüfung der Versorgung durch die Krankenkasse ist entfallen. Aber auch nach der vorliegenden Fassung kann die Krankenkasse letztlich mit dem Hinweis auf unzureichende „tatsächliche und dauerhafte“ Versorgung einen anderen Ort für die Intensivpflege festlegen, als der Patient wünscht.

Der Sozialverband VdK lehnt dies ausdrücklich ab. Es darf keine Einschränkung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung geben. So eine Einschränkung ist den Menschen in der Intensivpflege und ihren Angehörigen nicht vermittelbar. Stattdessen bedarf es hier einer Klarstellung im Gesetz, dass auch im Falle der Versorgung in der eigenen Wohnung die Verantwortung für die Versorgung bei der Krankenkasse liegt und diese nicht einfach auf die Möglichkeit der Versorgung in einer Einrichtung verweisen kann. Der Sozialverband VdK fordert, dass die Einrichtungen, inklusive Wohngemeinschaften, nachweisen sollten, dass sie eine tatsächliche und dauerhafte Versorgung gewährleisten können. Dies ist durch den Medizinischen Dienst zu prüfen.

Die im Entwurf durchaus vorhandenen positiven Aspekte überwiegen leider nicht und es stellt sich insgesamt die Frage, ob diese Aspekte nicht auch ohne neue gesetzliche Regelungen zu erreichen wären. Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass, wenn außerklinische Intensivpflege künftig nur noch in Pflegeheimen erbracht wird, dies eine Verletzung des Wunsch- und Wahlrechts der Betroffenen und ihres Selbstbestimmungsrechts sowie Art. 19 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) darstellt. Vor diesem Hintergrund fordern wir die Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege nochmals zu überarbeiten und den vorliegenden Gesetzentwurf zurückzunehmen.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. § 37c SGB V: Außerklinische Intensivpflege

Es wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Der Anspruch besteht für Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

Außerklinische Intensivpflege soll künftig regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach §§ 42, 43, 43a SGB XI erbringen, in qualitätsgesicherten sogenannten

Intensivpflege-Wohngemeinschaften, zu Hause oder an einem geeigneten Ort erbracht werden. Wünschen der Versicherten zum Ort der Intensivpflege ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort „tatsächlich und dauerhaft“ sichergestellt werden kann. Darüber entscheidet die Krankenkasse nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst soll jährlich überprüfen, ob die Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege noch vorliegen.

Versicherte mit gleichgelagerten Versorgungsbedarfen sollen grundsätzlich gleich behandelt werden – auch in finanzieller Hinsicht. Deshalb soll die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt, für die Versicherten nicht mit finanziellen Belastungen verbunden sein, die erheblich höher sind als in der ambulanten Versorgung.

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege kann nur durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärzte verordnet werden. Dies sind insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivpflege erleiden gegenwärtig vielfach erhebliche Versorgungsmängel, besonders in Hinblick auf die Versorgungssicherheit. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass die außerklinische Intensivpflege weder definiert noch konkretisiert ist. Die Versicherten werden als „Einzelfälle“ behandelt und haben entsprechend wenig Sicherheit hinsichtlich ihrer Versorgung. Ein gesetzlicher Anspruch auf außerklinische Intensivpflege ist von daher vom Sozialverband VdK zu begrüßen. Wir geben allerdings zu bedenken, dass die Personengruppe, die außerklinische Intensivpflege erhält, äußerst heterogen ist. Wir befürchten daher, dass die an den Gemeinsamen Bundesausschuss vergebene Aufgabe, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, zu definieren, in der Praxis zu negativen Auswirkungen für einzelne Personengruppen führen könnte. Es muss sichergestellt werden, dass sich die Versorgungssituation der betroffenen Intensivpatientinnen und -patienten tatsächlich verbessert und nicht verschlechtert. Von daher schlagen wir eine Evaluation dieser Regelung vor, die auch diese Frage in den Blick nimmt.

Der Sozialverband VdK begrüßt, dass die Leistung zukünftig nur von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten verordnet werden darf. Das ist angemessen und sollte die Fachlichkeit in diesem Bereich erhöhen. Offen muss bleiben, ob die im Entwurf genannten Facharztgruppen ausreichend sind oder noch weitere Arztgruppen (beispielsweise HNO-Ärzte) einbezogen werden sollten. Auch diese Fragestellung sollte im Rahmen der Evaluation beleuchtet werden. Nachdrücklich begrüßt wird, dass die Vertragsärzte vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Weaning-Potenzial erheben und in der Verordnung dokumentieren müssen. Nach Auffassung des Sozialverbands VdK sollte die Entwöhnung – wo möglich – deutlich vorangetrieben werden. Allein der zahlenmäßige Anstieg beatmungspflichtiger Menschen zeigt, dass alle Versuche unternommen werden müssen, die Menschen konsequent zu entwöhnen. Unabhängig davon muss berücksichtigt werden, dass vor allem Menschen mit chronischen Erkrankungen (beispielsweise ALS, Multiple Sklerose oder Querschnittslähmung) häufig nicht entwöhnt werden können.



Speziell in den sogenannten Beatmungs-Wohngemeinschaften sind sowohl die Versorgungsqualität als auch die Patientensicherheit nicht ausreichend abgesichert. Auch aus Sicht des Sozialverbands VdK muss festgestellt werden, dass es bei Teilen der ambulanten Versorgung zu Fehlversorgung und Missbrauchsfällen kommt. Das Ansetzen von Gesetzesvorschlägen an genau dieser Stelle wäre sachgerecht gewesen. Die Versorgung aber pauschal unter Generalverdacht zu stellen, wird vielen pflegenden Angehörigen und auch Leistungsanbietern nicht gerecht. Fraglich ist auch, ob eine ausreichende Datengrundlage für solche tiefen Einschnitte in die Versorgung tatsächlich vorhanden ist.

Diese schwierige Versorgungssituation allerdings als Legitimation dafür zu nutzen, das Wunsch- und Wahlrecht der betroffenen Versicherten nach wie vor einzuschränken, dass die Krankenkasse letztendlich doch darüber entscheidet, wo die Intensivpflegeversorgung stattfindet, lehnt der Sozialverband VdK kategorisch ab. Zwar hat der Gesetzgeber mittlerweile in zahlreichen Änderungen auf die Kritik vor allem der Betroffenenverbände reagiert, aber die Grundproblematik ist leider immer unverändert geblieben. Der Wunsch der Krankenkassen nach einer Entscheidungsbefugnis, wo die Versorgung durchgeführt wird, wird vom Gesetzgeber höher bewertet als das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Intensivpflegepatientinnen und -patienten. Auch wenn laut Entwurf zukünftig nicht mehr die Krankenkasse direkt diese Entscheidung trifft, sondern indirekt über die persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes, der dann prüfen soll, ob die „medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft gesichert ist“, verbessert das die Situation der Betroffenen nur graduell. Vollständig unklar und undefiniert sind dabei auch die Begriffsbestimmungen „tatsächlich“ und „dauerhaft“, die es letztlich – so unsere Befürchtung – den Kostenträgern ermöglichen wird, die Finanzierung einer ambulanten Intensivpflegeversorgung abzulehnen. Das den Krankenkassen darüber hinaus durch eine mindestens jährliche Überprüfung der Versorgungssituation ein weiteres Mittel an die Hand gegeben werden soll, ambulante Intensivpflege zu verhindern oder doch zumindest stark einzuschränken, wird auf Seiten der Betroffenen zu nur dramatisch zu nennenden Reaktionen führen. Jeder Betroffene muss jährlich befürchten, seinen Status als ambulant versorgtem Intensivpatienten zu verlieren und damit in der Folge in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen zu müssen. Was das für die Betroffenen bedeutet und welcher Druck auf ihnen und den Angehörigen lastet, ist kaum darstellbar. Weiterhin hat der Sozialverband VdK die Sorge, dass diese jährliche Überprüfung des Medizinischen Dienstes dazu führen kann, dass Patienten beziehungsweise deren Angehörige mögliche Versäumnisse des Pflegedienstes nicht bei der Krankenkasse anzeigen. Denn dahinter könnte die Angst stehen, damit einen Prozess in Gang zu setzen, an dessen Ende die Krankenkasse die Feststellung trifft: Die Versorgung des intensivpflegebedürftigen Menschen sei zu Hause nicht mehr sichergestellt und er müsse aus der eigenen Wohnung aus- und in eine Einrichtung umziehen.

Der Sozialverband VdK fordert eine Klarstellung im Gesetz: Auch im Falle der Versorgung in der eigenen Wohnung liegt die Verantwortung für die Versorgung bei der Krankenkasse und diese kann nicht einfach auf die Möglichkeit der Versorgung in einer Einrichtung verweisen. Der Sozialverband VdK fordert, dass die Einrichtungen, inklusive Wohngemeinschaften, nachweisen müssen, dass sie eine tatsächliche und dauerhafte Versorgung gewährleisten können. Dies ist durch den Medizinischen Dienst zu überprüfen.

Insgesamt würde die Regelung in § 37c SGB V einen tiefen Eingriff in die Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechte der betroffenen Menschen bedeuten, insbesondere angesichts des



in Art. 19 der UN-BRK verbrieften Rechts von Menschen mit Behinderungen auf freie Wahl des Aufenthaltsortes und darauf, nicht zum Leben in einer besonderen Wohnform verpflichtet zu werden. In Anbetracht des die gesamte UN-BRK durchziehenden Prinzips der Selbstbestimmung ist es zudem irreführend, wenn im Zusammenhang damit im Gesetzentwurf von "Fehlanreizen" gesprochen wird – dass das bislang bestehende Leistungssystem zu einer verstärkten Inanspruchnahme ambulanter Leistungen führe. Es muss aber doch gerade das Ziel in der Versorgung von Intensivpflegepatientinnen und -patienten sein, dass diese – so möglich – in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt werden können. Ambulant vor stationär ist nicht nur im Rahmen der UN-BRK handlungsleitend, sondern auch Teil der Grundsätze von Kranken- und Pflegeversicherung. Diese Maxime jetzt als „Fehlanreize“ zu bezeichnen, ist schlichtweg falsch. Der Patient muss darüber entscheiden können, wo er lebt, und damit auch darüber, wo die Intensivpflege stattfindet. Nur dies entspricht dem Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Der Sozialverband VdK hat an dieser Stelle nach wie vor die Befürchtung, dass finanzielle Gesichtspunkte die Entscheidung der Krankenkassen beeinflussen könnten. Unabhängig davon ist es nach unserer Einschätzung ein Trugschluss, dass die Versorgung außerklinischer Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen qualitativ besser ist. Sie mag billiger sein, besser ist sie aber nicht. Neben der Tatsache, dass zur außerklinischen Intensivversorgung immer auch soziale und persönliche Komponenten zählen, die häufig in der eigenen häuslichen Umgebung viel stärker zum Tragen kommen können, sind die stationären Pflegeeinrichtungen weder fachlich, noch personell oder finanziell auf die Versorgung dieser Personengruppen eingestellt. An dieser Stelle muss auch angezweifelt werden, ob es stationären Pflegeeinrichtungen flächendeckend überhaupt gelingen kann, ausreichend intensivpflegerisch ausgebildetes Fachpersonal für die Versorgung dieser Personengruppe zu akquirieren. Wahrscheinlicher wird es sein, dass zukünftig auch die intensivpflegerisch zu versorgenden Personen in stationären Pflegeeinrichtungen unter ähnlichen, personalmangelbedingten Problemen bei der Versorgung zu leiden haben, wie die heute dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner. Damit tut man aber weder den Einrichtungen, noch den Betroffenen und ihren Familien einen Gefallen. Menschen, die einer intensivpflegerischen Versorgung bedürfen, sind zugleich Menschen mit Behinderungen, die ein Recht auf selbstbestimmte Teilhabe haben. Ihre besonderen Bedarfe sind gemäß § 2a SGB V und § 43 SGB IX bei der Krankenbehandlung zu berücksichtigen.

Viele Menschen mit Beatmung, die zu Hause pflegerisch gut versorgt werden und mit Hilfe von Assistenzmodellen ein selbstbestimmtes Leben mit Ausbildung, Berufstätigkeit oder ehrenamtlicher Tätigkeit führen, könnten dies in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr tun. Gleichzeitig wurde schon mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2007 die Möglichkeit eröffnet, diese Personengruppen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu versorgen. Aber weder die Kranken- und Pflegekassen noch die Träger der Pflegeeinrichtungen haben bisher verstärkt diese Möglichkeit genutzt. Neben den fachlichen Problemen waren auch immer fehlende Vergütungsmöglichkeiten ein Grund dafür. Dass der vorliegende Gesetzentwurf jetzt sogar vorsieht, dass Investitionskosten und gegebenenfalls sogar Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernommen werden können, lässt nochmals befürchten, dass in erster Linie finanzielle Aspekte zum Vorrang der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen führen. Dem muss entschieden entgegengetreten werden. Zwar können wir nachvollziehen, dass der Gesetzgeber den Betroffenen nicht auch noch enorme zusätzliche Kosten durch die „zwangsweise“ Einweisung in eine stationäre Pflegeeinrichtung zuweisen will, sehen hierbei

aber sehr kritisch, dass dadurch in den Einrichtungen die Situation entsteht, dass ein Teil der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner in einem Pflegeheim monatliche Eigenanteile von durchschnittlich 2.000 Euro zu leisten hat, während anderen Bewohnerinnen und Bewohnern keinerlei Kosten entstehen. Das ist sozial ungerecht, nicht vermittelbar und wird in den Einrichtungen zu erheblichen Problemen führen. Oder plant der Gesetzgeber – wie vom Sozialverband VdK gefordert – kurzfristig die Einführung einer Pflegevollversicherung?

Zu Absatz 4 (Kostentragungspflicht):

Nach derzeitiger Rechtslage zahlen intensivpflegebedürftige Menschen 10 Prozent der realen Kosten für die Intensivpflege begrenzt auf 28 Tage pro Jahr. Diese Begrenzung soll künftig für Menschen, die zu Hause versorgt werden, entfallen, während sie für intensivpflegebedürftige Menschen in Pflege-Wohngemeinschaften oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe bestehen bleibt. Für Menschen, die in der eigenen Wohnung versorgt werden, würde dann künftig nur noch die Regelung gelten, nach der chronisch kranke Menschen nicht mehr als ein Prozent des Bruttojahreseinkommens für Zuzahlungen aufzubringen haben. Das könnte für viele Betroffene zu deutlichen Mehrkosten führen.

Der Sozialverband VdK fordert, dass die zeitliche Begrenzung der Zuzahlung auf maximal 28 Tage pro Jahr weiterhin auch für Menschen gilt, die in der eigenen Wohnung intensivpflegerisch versorgt werden.

Der Sozialverband VdK fordert weiterhin eine Ergänzung in § 37c SGB V-E:

Das jetzt noch mögliche Kostenerstattungsmodell, nachdem Betroffene Pflege- und Assistenzkräfte im Arbeitgebermodell beschäftigen können, ohne dass diese die hohen Anforderungen an Personal in Einrichtungen und Pflegediensten erfüllen müssen („besondere Pflegekräfte“), soll künftig entfallen.

Allein wegen des Mangels an Fachkräften in der Pflege braucht es Assistenz-Modelle für intensivpflegebedürftige Menschen, die eine Versorgung zu Hause ermöglichen, ohne das vorhandene Fachpersonal mehr als unbedingt erforderlich zu binden. Daher muss die Kostenerstattung für das Arbeitgebermodell für den Einzelfall auch künftig erhalten bleiben. In § 37c SGB V ist ein Verweis auf § 37 Abs. 4 SGB V aufzunehmen.

2.2. § 40 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Abs. 2 S. 4: Mehrkostentragung

Durch Einfügung der Worte „zur Hälfte“ in Absatz 2 Satz 4 soll neu bestimmt werden, dass Versicherte, die eine andere als die von den Krankenkassen bestimmte zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählen, nur mehr die Hälfte statt der gesamten Mehrkosten tragen müssen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich begrüßt der Sozialverband VdK, dass Versicherte zukünftig nur noch die Hälfte der Mehrkosten zu tragen haben, wenn sie sich für eine nicht von den Krankenkassen

zertifizierte Einrichtung entscheiden. Trotzdem schränkt offensichtlich auch diese Regelung die Wahlfreiheit der Versicherten merklich ein; speziell Versicherte mit begrenztem finanziellem Spielraum werden auf die von ihrer Krankenkasse benannte Einrichtung beschränkt sein. Grundsätzlich sollten die Versicherten keine Mehrkosten bezahlen müssen, zumindest muss aber eine Erweiterung in dem Sinne erfolgen, dass Versicherte keine Mehrkosten tragen müssen, sofern die Rehabilitationseinrichtung einen Versorgungsvertrag mit irgendeiner Krankenkasse – gegebenenfalls nicht der des Versicherten – hat.

2.3. § 40 SGB V: Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen

Die Dauer einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme soll künftig regelmäßig 20 Behandlungstage ambulant beziehungsweise drei Wochen stationär betragen. Bisher war dies die Obergrenze im Grundsatz.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK fordert die Ausweitung der regelhaften Dauer von 20 Behandlungstagen beziehungsweise drei Wochen auf alle Rehabilitationsmaßnahmen. Der Bedarf einer längeren Behandlungsdauer besteht bei vielen Rehabilitationsleistungen und ist nicht auf die geriatrische Rehabilitation beschränkt. Da eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation einen großen Nutzen für den Sozialversicherungsträger, das Steueraufkommen und den einzelnen Patienten hat, kann eine Rehabilitationsmaßnahme kaum zu kurz sein. Der Erfolg hängt entscheidet von einer angemessenen Dauer ab.

2.4. § 111 SGB V Abs. 5: Aufhebung der Grundlohnsummenbindung für Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Mit der Neuregelung des Absatzes 5 soll künftig für Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V nicht mehr gelten. Des Weiteren sollen die tarifvertragliche Vergütung beziehungsweise entsprechende Vergütungen nach kirchlichem Arbeitsrecht nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt auch die Loslösung der Vergütung von der Grundlohnsummenentwicklung uneingeschränkt. Dies ist mit allem Nachdruck zu begrüßen. *Alle Gesundheitseinrichtungen brauchen ausreichend hoch motiviertes und gut ausgebildetes Personal. Dazu gehört eine attraktive Vergütung, die Tarifierhöhungen selbstverständlich umfassen muss.* Auch die inhaltsgleiche Regelung in § 111a SGB V bei Einrichtungen des Müttergenesungswerkes wird unterstützt.

Der Sozialverband der VdK fordert weiterhin, auch eine übertarifliche Vergütung im Versorgungsvertrag zu ermöglichen, wenn andernfalls nicht ausreichend oder ausreichend gut



ausgebildetes Personal zu bekommen ist. In Pflegeeinrichtungen ist es inzwischen schon üblich und möglich (§ 84 Abs. 2 S. 6 SGB XI), übertarifliche Gehälter zu zahlen, um gerade auf dem Land genug Personal einstellen zu können. Diese Möglichkeit muss es in allen Gesundheitseinrichtungen geben.

2.5. § 112 SGB V: Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

Die Regelung verpflichtet die Vertragsparteien auf Landesebene, in den Verträgen über Krankenhausbehandlung auch zu vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatientinnen und -patienten deren Beatmungsstatus durch hierfür qualifizierte Fachärzte festgestellt wird. Verfügt ein Krankenhaus nicht über solche Fachärzte, hat es entsprechende externe Fachkompetenz hinzuzuziehen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Beatmungspatientinnen und -patienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vorschnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden, sondern noch vorhandene Entwöhnungspotenziale durch Verlegung in spezialisierte Entwöhnungszentren ausgeschöpft werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt auch diese Regelung nachdrücklich. Nach unserer Einschätzung ist es dringend notwendig und auch häufig möglich, das Entwöhnungspotential bei Beatmungspatientinnen und -patienten konsequent umzusetzen.

2.6. § 132i SGB V: Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (i.V.m. § 132a Abs. 1 S. 5 und Abs. 4 S. 14 SGB V)

Leistungen der außerklinischen Intensivpflege dürfen künftig nur von Leistungserbringern erbracht werden, die besondere Anforderungen erfüllen. Hierzu gehören beispielsweise der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen und weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern und die Durchführung eines internen Qualitätsmanagements.

Über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege schließen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen ab. Diese müssen zu verschiedenen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien (beispielsweise personelle Ausstattung der Leistungserbringung) Regelungen treffen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt, dass Krankenkassen und Leistungserbringerverbände gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege erarbeiten sollen. Die dort enthaltenen Regelungen orientieren sich an den grundsätzlichen Regelungen des § 132a SGB V, was sachgerecht erscheint.

Unabhängig davon haben wir aber die Hoffnung, dass einheitliche Rahmenempfehlungen auf Bundesebene auch zu einheitlichen Landesrahmenverträgen führen, um zukünftig gleiche

Qualitätsanforderungen und -vorgaben im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu etablieren. Die Qualitätsprobleme, speziell von Beatmungs-Wohngemeinschaften, sind nach Auffassung des Sozialverbands VdK der entscheidende Grund für die derzeitigen Mängel und Defizite in diesem Bereich. Dazu beitragen sollte auch die Vertragsverpflichtung im Absatz 5, nach der auf Landesebene gemeinsam und einheitlich Verträge mit Leistungserbringern zu schließen sind. Wir verbinden damit auch die Hoffnung, dass zukünftig der Preiswettbewerb aus dem Bereich der Intensivpflege herausgehalten werden kann. Die in Absatz 6 genannten Verpflichtungen bei der Leistungserbringung (Internes QM, Kooperationsvereinbarungen mit Fachärzten, bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung) werden begrüßt.

2.7. Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Die Regelung schafft durch eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene die Rechtsgrundlage dafür, dass einerseits Abschläge bei Krankenhäusern zu erheben sind, die entgegen einer vertraglichen Vereinbarung nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V keine Feststellung des Beatmungsstatus von Beatmungspatientinnen und -patienten durchführen, oder die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a S. 8 SGB V eine erforderliche Verordnung von Beatmungsentwöhnung in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus nicht vornehmen.

Die Regelung ermöglicht es andererseits Krankenhäusern, die eine längerfristige Beatmungsentwöhnung durchführen, hierfür ab dem Jahr 2021 gesonderte krankenhaushaus-individuelle Zusatzentgelte zu vereinbaren.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt auch diese Regelung nachdrücklich. Die Bemühungen des Gesetzgebers, mit diesen Änderungen eine bessere und strukturiertere Überleitung aus dem Krankenhaus in die Nachsorge zu gewährleisten, macht – gerade vor dem Hintergrund auch weiterhin hoher und steigender Fallzahlen von Versicherten mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf – Sinn. Entscheidend wird aber darüber hinaus sein, dass nicht nur das Weaning-Potential erhoben wird, sondern die Beatmungsentwöhnung auch durchgeführt wird. Die in diesem Zusammenhang erstellten Studien stellen weitgehend übereinstimmend fest, dass 85 Prozent der betroffenen Patientinnen und Patienten trotz vorhandenen Regelungen direkt in den ambulanten Bereich entlassen werden. Außerhalb des Krankenhauses stehen spezifische Weaning-Zentren bisher aber nicht flächendeckend zur Verfügung. Zusätzlich hätte sich der Sozialverband VdK an dieser Stelle entsprechend auch gewünscht, die sogenannten Weaning-Zentren zu stärken. Die Erfolge dieser Zentren sind offensichtlich, da die fachliche Ausrichtung konsequent auf die Entwöhnung ausgerichtet ist.