

**Stellungnahme Sebastian Lemme, Einzelsachverständiger, zum
Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IPReG,
im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses
des 19. Deutschen Bundestages am 17. Juni 2020**

Inhaltsverzeichnis

Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache 19(14)155(8) gel. ESV zur öAnh am 17.6.2020 - GKV-IPReG 10.6.2020

**Erster Teil: Lebenssachverhalte und historische Entwicklung der
Versorgungsstrukturen** **Seite 1 bis 4**

**Zweiter Teil: Aktuelle Gesetzgebung RISG, IPReG, Kleine Anfragen der
Fraktionen** **Seite 5 bis 8**

Dritter Teil: Stellungnahme § 37c SGB V **Seite 9 bis 13**

Vierter Teil: Zusammenfassung **Seite 14 bis 15**

Stellungnahme Sebastian Lemme, Einzelsachverständiger, zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IPReG, im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des 19. Deutschen Bundestages, am 17.06.2020

Erster Teil: Lebenssachverhalte und Versorgungsstrukturen

1. Einleitung:

Die Stellungnahme beschränkt sich auf die mit dem GKV-IPReG intendierte Schaffung einer Sonderregelung zur außerklinischen Intensivpflege, § 37c SGB V. Dabei wird die geplante Neuregelung insbesondere auf ihre Auswirkungen für die Versorgung von schwerst schädel-hirn-geschädigten Menschen überprüft.

Die **Betroffenen erleiden die Hirnschädigung nicht wegen** einer **besonders riskanten Lebensführung**. Betroffene setzen sich regelmäßig nicht „sehenden Auges“ einer hirnschädigenden Gefahr aus. Die **neurologische Schädigung** der meisten Betroffenen ist auf einen **Unfall** zurückzuführen. Darüber hinaus stellen **Infarkte** oder **medizinisch problematische Behandlungsverläufe** weitere wesentliche Ursachen für einen intensivpflegerischen Bedarf dar. Der **Zustand** der Betroffenen ist „**unverschuldet**“.

Die **Betroffenen nehmen ihr soziales Umfeld wahr**. Sie reagieren nachvollziehbar positiv oder negativ auf Personen in ihrem Umfeld. **Sie sind lebensbejahend** und sehnen sich nach Kontakt zu Menschen, die ihnen nah und wichtig sind. Vor allem sind es Kinder und Enkelkinder die ihre besondere Aufmerksamkeit erfahren. Aber auch empathischen, ihnen vertrauten, Pflegekräften **zeigen sie durch ihre Aufmerksamkeit ihre Zuneigung**.

2. Historische Entwicklung der Versorgung unserer Betroffenen

Die Betroffenen wurden in den Zeiten des **Nationalsozialismus** als Wachkoma-patienten, als „behindert“ und als „unwertes Leben“ im Rahmen der **Euthanasie** aktiv **getötet**. Aufgrund einer nicht „hinreichend“ entwickelten Medizin wurden sie seinerzeit als Wachkoma-patienten **nicht als Organspender identifiziert**. Deshalb bestand die **Tötungsabsicht** des **NS-Regimes ausschließlich** darin, der „Volksgemeinschaft **hohe Kosten für die Versorgung** der Betroffenen **zu ersparen**“.

In den Zeiten der **frühen Bundesrepublik** wurden die Betroffenen ausschließlich **intensiv-klinisch** versorgt. In den 80er Jahren wuchs, namentlich in den Kliniken Bad Wildungen, die Erkenntnis, dass **Wachkoma-patienten** unter der Bedingung, dass eine Krankenschwester jederzeit vor Ort war, **auch außerhalb der klinischen Intensivstationen versorgt werden** konnten. Durch diese **außerklinische Versorgung** konnten die **Versorgungskosten halbiert** werden. Dieses Konzept stellt den

Paradigmenwechsel in Versorgungsstrukturen dar und markiert den **Beginn der häuslichen Intensivpflege**. Das Konzept wurde durch das **Bundessozialgericht** als „**krankenhaus-anstatt“-Pflege** bestätigt und etabliert.

Zu Beginn der **90er Jahre** konnte die **Transplantationsmedizin erhebliche Fortschritte** erzielen. Die Wahrscheinlichkeit erfolgreicher Transplantationen stieg. **Es fehlten** aber bereits zu diesem Zeitpunkt **Spenderorgane**. Der „**Hirntod**“ wurde damals **als Spenderbedingung** aufgestellt. In der Folge wurden alle **Wachkomapatienten als potentielle Organspender kategorisiert**. Bis zum heutigen Tage gibt es **keine wissenschaftliche Studie** über das „**Hirntodkonzept**“. Gesetzentwürfe sahen indes vor, dass Patienten im **Wachkoma ohne** weitere Prüfungen und **Einwilligungen zur Organspende** herangezogen werden konnten. Dies traf auf den **erbitterten Widerstand der Angehörigen** und markiert die **Geburtsstunde der Selbsthilfe für Wachkomapatienten**.

Mit der Einführung der **Sozialen Pflegeversicherung** entstand eine neue, **vollstationäre Versorgungsstruktur**. Aufgrund des Referentenentwurfs der Bundesregierung war in **vollstationären Pflegeeinrichtungen die medizinische Behandlungspflege** vom Pflegesatz umfasst. Der damaligen Gesetzesbegründung lässt sich nicht entnehmen, warum diese Differenzierung vorgenommen wurde. Leistungsrechtlich wurde mit dieser Gesetzgebung das **Krankenhausbett in die vollstationäre Pflegeeinrichtung verlagert**. Die häusliche **ambulante Intensivpflege** verblieb **uneingeschränkt** im Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Frühphase der Sozialen Pflegeversicherung wurden viele Betroffene in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Diese Zahl verringerte sich jedoch zunehmend u.a. aus den folgenden Gründen:

1. Zunehmende Belastung der Betroffenen und deren Angehörigen mit **hohen Eigenleistungsanteilen**
2. Zunehmend **schlechter qualifiziertes Personal** (ex. Altenpfleger und Pflegehelfer zu ursprünglich ex. Krankenpfleger)
3. Zunehmend **schlechtere Personalquoten** im Leistungsbereich der vollstationären pflegerischen Versorgung.

Diese Bedingungen haben im Ergebnis nachhaltig zu einem **Auseinanderdriften der Versorgungsstrukturen zu Gunsten einer ambulanten Versorgung** geführt.

Qualifizierte Angebote der Versorgung durch vollstationäre Einrichtungen sollten sich im Rahmen der **BAR-Empfehlungen** etablieren. Zu diesem Zeitpunkt wurde **fachlich anerkannt**, dass der Versorgungsbedarf **neurologisch geschädigter Patienten** einer **besonderen Behandlung** bedurfte, die in den **Strukturen einer allgemeinen Pflegeeinrichtung nicht erfüllt** werden konnte. Diese Konzepte stellen die **Geburtsstunde der sog. Phase F-Einrichtungen dar**.

Die **qualifizierten, spezialisierten Angebote der Phase-F verlängerten die Lebensdauer der Menschen** im Verhältnis zu allgemein vollstationären Pflegeeinrichtungen **deutlich**. Da die **Phase-F Einrichtungen leistungsrechtlich vollstationäre Pflegeeinrichtungen** nach dem SGB XI waren, wurden dort wegen der **verlängerten Lebensdauer in Kombination mit den hohen Eigenleistungsanteilen** nahezu alle **Betroffenen** die das Angebot einer Phase-F Einrichtung wahrnahmen **zu Sozialhilfeempfängern**.

Die Reaktion des Gesetzgebers erfolgte 2006 mit dem Entwurf des **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes** das 2008 in Kraft trat. Der Gesetzgeber eröffnete für Betroffene, die einen **besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege** haben – auch wenn sie sich **in einer vollstationären Pflegeeinrichtung** versorgen lassen – **einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach dem Leistungsrecht des SGB V**. Der **Gesetzgeber wollte ausdrücklich vermeiden**, dass **Menschen durch die Behandlungskosten der Krankheit zu Sozialhilfeempfängern** werden. Leistungsrechtlich hob der Gesetzgeber die bis dahin bestehende Ungleichbehandlung zwischen Betroffenen, die ambulant versorgt wurden und Betroffenen die vollstationär versorgt wurden auf. Der **Gesetzgeber hob** damit den Grundsatz, dass die **Leistungen der medizinischen Behandlungspflege vom Pflegesatz der vollstationären Pflegeeinrichtung umfasst** sind, für die **Intensivpflegebedürftigen, auf**.

Durch die **Gleichstellung bei der Kostenübernahme zwischen vollstationären Versorgungen und ambulanten Versorgungen** hatte der Gesetzgeber die **Voraussetzungen für freie Wahlmöglichkeiten der Versorgungsform** für die Betroffenen eröffnet. Mit dieser **Einführung dieser Wahlmöglichkeiten** wurden Bedingungen für einen **Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen** geschaffen. Damit bestand die **Chance auf ein qualitatives Wachstum** und eine **konzeptionelle Weiterentwicklung** von Versorgungsangeboten.

Tatsächlich wurde die seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz **bestehende Anspruchslage von den Gesetzlichen Krankenversicherungen konsequent ignoriert**. **Trotz der bestehenden Rechtslage wurden die Betroffenen** die sich in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgen ließen **weiterhin mit hohen Eigenleistungsanteilen belastet**. Wegen der unzureichenden Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen die Eigenleistungsanteile denen „allgemeiner“ Heimbewohner oft noch vermehrt durch einen nicht unerheblichen „Apallikerzuschlag“. In der Folge wurden **Betroffene** die eine vollstationäre Versorgung wählten weiterhin – entgegen der ausdrücklichen Feststellung des historischen Gesetzgebers – **zu Sozialhilfeempfängern**.

Der SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V. hat dieses **rechtswidrige Verhalten der Gesetzlichen Krankenversicherungen** immer wieder in Gesprächen und

schriftlichen Eingaben und öffentlichen Veranstaltungen **moniert** und **seitens des Bundesgesundheitsministeriums ein Einschreiten gefordert**. Dabei wurde deutlich gemacht, dass **durch das Verhalten der Gesetzlichen Krankenversicherungen** Wettbewerb – und damit **qualitatives Wachstum** in den Versorgungen – **verhindert** wird. Trotz aller Beteuerungen der bestehenden Rechtslage Raum zu verschaffen blieb das **Bundesgesundheitsministerium untätig**.

Mit der **Neuordnung des Leistungsbereichs der Intensivpflege** nimmt das Bundesgesundheitsministerium **gesetzliche Veränderungen** vor **ohne zuvor** die Möglichkeiten der **bestehenden Rechtslage** für eine qualitative und wirtschaftliche Weiterentwicklung der Versorgung **ausgeschöpft zu haben**.

Zweiter Teil: Aktuelle Gesetzgebung RISG, IPReG, Kleine Anfragen der Fraktionen

1. Einleitung

Diese Stellungnahme beschränkt sich auf die Neuregelungen des GKV-IPReG im Bereich der Intensivpflege.

2. Grundlagen der Gesetzesinitiative

Zunächst muss festgestellt werden, dass die Bundesregierung, federführend das Bundesgesundheitsministerium, die **Gesetzesinitiative aufgenommen** hat **ohne** zuvor die zugrundeliegenden Sachverhalte einer **wissenschaftlichen Empire** zu unterziehen.

Weder in der Gesetzesbegründung noch in den Kleinen Anfragen der Fraktionen DIE LINKE und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN konnte das Gesundheitsministerium für die Veränderungen im Bereich der Intensivpflege wissenschaftliche Erhebungen vorweisen. **Lebenssachverhalte, Versorgungsstrukturen und qualitative Aspekte der Versorgung** wurden **nur oberflächlich** erfasst. Eine **breite öffentliche Diskussion** mit Betroffenen, Angehörigen und Betroffenenvertretern wurde vermieden bzw. **erfolgte nicht**. Die **bestehende Rechtslage** wurde ebenfalls **nicht** hinreichend **gewürdigt**. **Grundlegende Prinzipien der Leistungserbringung** wurden **nicht berücksichtigt**.

Aus den Gesetzesmaterialien lassen sich **lediglich Motive** erkennen, die das **Bundesgesundheitsministerium zu einer Neuregelung der Intensivpflege veranlasst** haben. Die Motivation des Bundesgesundheitsministeriums lässt sich im Ergebnis auf **drei (Kern-)Motive reduzieren**:

1. Die **Bekämpfung von Abrechnungsbetrug**.
2. Eine Verringerung intensiv-pflegerischer Bedarfe durch eine **Verstärkung des klinischen Weanings**.
3. Eine **Verlagerung der häuslichen Intensivpflege in Strukturen der vollstationären pflegerischen Versorgung**.

Die **lediglich motiv-geleitete Ausarbeitung** des Gesetzes fand mit dem Referentenentwurf zum **Rehabilitations- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG)** den Weg in die Öffentlichkeit. Die **handwerklichen Mängel** waren **so gravierend**, dass eine **Überarbeitung unverzüglich erforderlich** wurde.

Das **Bundesgesundheitsministerium unterließ es** im weiteren Prozess die gesetzten **Motive einer Überprüfung zu unterziehen**. Deshalb wirken die bereits im RISG **bestehenden Mängel auch im IPReG** weiter fort. Deshalb ist es erforderlich zunächst die Motive des Bundesgesundheitsministeriums einer kritischen Würdigung zu unterziehen.

3. Stellungnahme zu den Motiven des Bundesgesundheitsministeriums

1. Vermeidung von Abrechnungsbetrug

Als **wesentliches Motiv** für eine Neuregelung wird **eine hohe Zahl von Betrugsfällen** im Bereich der ambulanten Intensivpflege angeführt. Das **Bundesgesundheitsministerium** hat jedoch **keinerlei Daten** zur Verfügung gestellt, **die das Ausmaß des festgestellten Betrugs** sowohl insgesamt **beziiffern** als auch in Relation zu den im Bereich der ambulanten Intensivpflege aufgewandten Mitteln zu setzen. Weiterhin führt das **Bundesgesundheitsministerium nicht aus**, warum die **allgemeinen strafrechtlichen Regelungen nicht hinreichend** wirksam waren. Der vom Bundesgesundheitsministerium gezogene Schluss, **zur Vermeidung von Betrug dem Versicherten seinen Anspruch zu entziehen**, damit er durch einen Dritten nicht betrogen werden kann, **ist absurd und kann deshalb nicht überzeugen**. Darüber hinaus **verkennt das Bundesgesundheitsministerium**, dass es **Betrug auf allen Ebenen der Leistungserbringung im Gesundheitssystem** gibt. Im vollstationären **Klinischen Bereich** ist es das „**Liegenlassen**“ von Patienten sowie eine etwaige **unnötige Beatmung von Patienten** nach einer Operation. In **vollstationären Pflegeeinrichtungen** die **Leistungserbringung durch nicht** hinreichend **qualifiziertes Hilfspersonal** sowie die **Abrechnung nicht erbrachter Therapieeinheiten**. **Betrug lässt sich ausschließlich** dadurch **vermeiden**, dass sich der **Betroffene** durch die Wahrnehmung eines anderen Angebots, **dem betrügerischen Angebot entziehen kann**. Gerade **dies wird aber nicht** durch die neuen gesetzlichen Regelungen der Intensivpflege **geschehen**. Stattdessen ist mit den jetzt beabsichtigten Veränderungen davon auszugehen, dass **Fehlanreize aus dem Bereich der Pflege in den klinischen Bereich verlagert werden**. Die **theoretischen Erwägungen des Bundesgesundheitsministeriums** halten einer **realistischen Prüfung nicht stand**.

2. Verringerung von intensiv-pflegerischen Bedarfen durch ein verstärktes klinisches Weaning

Nach den **Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums** soll durch eine **bessere Vergütung** der klinischen Strukturen **das Weaning** beatmungspflichtiger Patienten **erfolgreicher verlaufen** und somit **weniger Versicherte intensivpflegebedürftig** werden.

Das Bundesgesundheitsministerium **verkennt**, dass eine **erhöhte Vergütung der klinischen Behandlungsstrukturen** im Ergebnis **nicht** zwangsläufig zu einer **Verringerung der Intensivpflegebedürftigkeit führt**. Vielmehr ist davon auszugehen, dass durch die **gesteigerte Lukrativität der Behandlung beatmeter Patienten** die Zahl der **Behandlungen ausgeweitet** werden wird. Patienten die unter heutigen Bedingungen ohne Beatmung behandelt werden können werden

zukünftig beatmet. Es steht zu befürchten, dass somit **die Zahl der zu behandelnden Patienten steigen** wird. Gleichzeitig steigt jedoch die Zahl der Rehabilitanden, weil diese **(unnötig) beatmeten Patienten ein besseres Reha-Potential aufweisen, als die schwer erkrankten Patienten**. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die gegenwärtigen Strukturen es zulassen, dass Behandeln lukrativer ist als Heilen. Mit der **gesetzlichen Neuregelung** setzt das Bundesgesundheitsministerium **einen weiteren Fehlanreiz** in der **klinischen Beatmungsbehandlung**. Dadurch werden **viele Patienten** aus Profitgründen **erheblichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt** werden.

3. Effizienterer Einsatz von Pflegekräften bei der Auflösung ambulanter 1:1-Versorgungen

Das **Bundesgesundheitsministerium unterstellt**, dass aufgrund der hohen Personalintensität von häuslichen Intensivversorgungen **bei einem „Umzug“ der Betroffenen** in eine **vollstationäre Pflegeeinrichtung** mittelbar **mehr Fachkräfte für die Versorgung in vollstationären Pflegeheimen** zur Verfügung stehen. Somit soll der Fachkräftemangel in der vollstationären Pflege gemindert werden. Auch diese **Annahme des Bundesgesundheitsministeriums hält einer realistischen Prüfung nicht stand**.

Es ist zunächst zutreffend, dass durch die häusliche Intensivpflege viele examinierte Pflegefachkräfte gebunden sind. Der **grundlegende Fehler** ist jedoch die Annahme, dass **mit dem „Umzug“ der Betroffenen die Pflegekräfte „mitziehen“**. Ein Großteil der in der **häuslichen Intensivpflege** tätigen **Pflegefachkräfte hat sich bewusst gegen** eine weitere pflegerische Tätigkeit in einer **vollstationären Pflege- oder Gesundheitseinrichtung entschieden** und eine ambulante Tätigkeit aufgenommen. **Diese erfahrenen** oftmals auch älteren **Pflegekräfte werden nicht** in die von Ihnen bewusst abgelehnten Strukturen **zurückkehren**. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Kräfte in den **Vorruhestand eintreten werden oder eine branchenfremde Tätigkeit** zukünftig **ausüben** werden. **Dementsprechend** wird sich der **Fachkräftemangel** also **weiter verschärfen**. **Ebenso wenig** ist davon auszugehen, dass **die Entlastungsleistungen die durch pflegende Angehörige** derzeit von der Gesetzlichen Krankenversicherung kostensenkend realisiert werden können, zukünftig in vollstationären Pflegeeinrichtungen weiterhin erbracht werden.

Auf der anderen Seite werden **zukünftig vollstationäre Pflegeeinrichtungen** mit einem **Patientengut konfrontiert** das in seinen Bedarfen **völlig andere Symptome und Bedarfe aufweist, als die bisherigen Bewohner** der Einrichtungen.

In diesem Zusammenhang muss auch die **vom Bundesgesundheitsministerium** unter Berufung auf **MDK-Prüfungen festgestellte Fehlversorgungsquote von 20 %** in ambulanten, häuslichen Versorgungen **einer kritischen Würdigung unterzogen werden**.

Seit mehr als zwei Jahren gelten nämlich **für den Bereich der ambulanten Intensivpflege besondere Prüfungsanforderungen**, die **deutlich über den Prüfungsanforderungen einer vollstationären Pflegeeinrichtung** liegen und die

selbst **von spezialisierten Trägern** in ihren vollstationären Einrichtungen **nicht erfüllt werden** könnten. Es darf unterstellt werden, dass es **unter den Prüfmaßstäben der ambulanten Intensivpflege**, wenn diese **auf vollstationäre Einrichtungen angewandt** würden **in der Regel von Fehlversorgungen** und in der Ausnahme von adäquaten Versorgungen **auszugehen wäre**.

4. Zusammenfassung

Nach übersichtlicher **Prüfung der Motive** zur Neuregelung der Intensivpflege wird deutlich, dass sich die mit der **Neuregelung verfolgten Ziele nicht realisieren** werden. Vielmehr werden **bestehende Fehlanreize nicht beseitigt** und **weitere Fehlanreize** auf anderen Versorgungsebenen **geschaffen**.

Dritter Teil: Stellungnahme § 37c SGB V

1. Einleitung

Die Bundesregierung plant explizit die **Neuregelung der Außerklinischen Intensivpflege**. Dementsprechend ist der **§ 37c SGB V keine Weiterentwicklung** der bestehenden Regelung des **§ 37 Abs. 2 SGB V**. Die **Bundesregierung riskiert** damit – ohne jede wissenschaftliche Grundlage – eine **schlagartige Veränderung** der **Versorgungsstrukturen** und **Versorgungsleistungen** in einem hochsensiblen und **hochvulnerablen Bereich** der **Patientenversorgung**. Bei einem **Patientenklientel** dessen Versorgungsalternative in einer intensivklinischen Krankenhausbehandlung besteht bedeuten diese Veränderungen **akute Lebensgefahr**. Dies vorausgeschickt erfolgt eine kritische Prüfung des konkreten Gesetzestextes.

2. Leistungsbeschränkungen der Außerklinischen Intensivpflege auf die medizinische Behandlungspflege, § 37c Abs. 1 Satz 3 SGB V

Der **bisherige Anspruch** auf **Häusliche Krankenpflege** eröffnet den Versicherten einen **individuellen Sachleistungsverschaffungsanspruch auf Behandlungspflege**. **Voraussetzung** für diesen Anspruch ist ein besonders **hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege**. **Zukünftig** soll den Versicherten **nur noch ein Anspruch auf die medizinische Behandlungspflege** zustehen. Weil der Anspruch auf **Behandlungspflege über die medizinische Behandlungspflege hinaus geht** stellt die **Neuregelung eine Leistungskürzung** zu dem bisherigen Anspruch dar.

Zur Verdeutlichung: Mit dem **Anspruch auf häusliche Krankenpflege** wurden **alle krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen** durch die **Krankenkasse übernommen**. Das konnten **auch Maßnahmen der Grundpflege** sein. Die Frage war also: „Besteht die pflegerische Maßnahme fort, wenn die Krankheit nicht gegeben ist?“ Wenn zum Beispiel ein Schlaganfall-Patient wegen des Schlaganfalls nicht mehr zur Selbstlagerung fähig ist, ist die Lagerung des Patienten als **krankheitsspezifische Pflegemaßnahme Teil der Krankenkassenleistung** und **nicht als Leistung** der „Grundpflege“ bzw. nach der Reform des SGB XI als „körperbezogene Pflegemaßnahme“ durch die pauschalen Leistungen **der Sozialen Pflegeversicherung** abzudecken.

Der Anspruch auf Außerklinische Intensivpflege kehrt damit an der bereits im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz als unsachgemäß und im Ergebnis unbefriedigend empfundenen Unterteilung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkasse und anderen pflegerischen Leistungen, vornehmlich der Sozialen Pflegeversicherung, zurück.

Damit sehen sich die **Versicherten einer gravierenden Leistungskürzung ausgesetzt**. Deshalb muss **der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege wieder auf die Erstattung der Behandlungspflege ausgeweitet werden**.

3. Anspruch auf Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts, § 37c Abs. 1 Satz 3 SGB V

Im Vergleich zur bisherigen Regelung des § 37 Abs. 2 SGB V ist der Anspruch des Versicherten um die **Beratung des Versicherten durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts** erweitert worden. Dabei ist jedoch **nicht eindeutig**, ob die **Beratung durch die Krankenkasse zwingende Anspruchsvoraussetzung** ist oder ob der **Versicherte** als Anspruchsberechtigter **auf die Beratung verzichten** kann. Aufgrund der gemachten Erfahrungen zu den **Beratungsleistungen** der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen des Casemanagements ist **zu befürchten**, dass die **Beratung der Versicherten eher an dem Interesse der Kasse für eine möglichst „billige“ Versorgung** des Versicherten, denn an einer möglichst hochwertigen, rehabilitativ ausgerichteten Versorgung, **ausgerichtet sein wird**.

Es bedarf der **Feststellung**, dass **der Versicherte auf die Beratung, ohne negative Auswirkungen** für den Sachleistungsbezug, **verzichten kann**. Ergänzend sollte die „Beratung“ der Krankenkasse auch durch eine **Beratung einer krankheitsspezifisch spezialisierten Selbsthilfeorganisation** erfolgen können. Die jeweilige **Krankenkasse muss in Ihrer Beratung, unter Nennung der Organisation und schriftliche Weitergabe der Kontaktdaten auf diese Möglichkeit hinweisen**. Dadurch kann eine **unabhängige, kompetente und patientenzentrierte Beratung gewährleistet** werden.

4. Verordnung der Leistung durch einen besonders qualifizierten Vertragsarzt § 37c Abs. 1 Satz 4 SGB V

Bereits zu diesem Zeitpunkt ist **die Gewährleistung einer niedergelassenen ärztlichen Versorgung** unserer Betroffenen **eine große Herausforderung**. Die **Zahl der niedergelassenen Ärzte** würde **durch besondere Qualifikationsanforderungen** weiter **verringert** werden. Ob diese Verringerung durch eine Ermächtigung der klinischen Fachärzte kompensiert werden könnte ist fraglich. Deshalb würden sich die bereits **bestehenden Versorgungsengpässe weiter verschärfen**. Richtig wäre, die **klinischen Fachärzte ergänzend** zu den niedergelassenen Ärzten **zur Versorgung zu ermächtigen**, damit das Potential an (fach-)ärztlicher Versorgung erhöht wird. Erst wenn dadurch die Versorgung nachhaltig gestärkt wird kann eine Weiterqualifizierung der niedergelassenen Ärzteschaft angedacht werden.

5. Berechtigung zur Datenerhebung durch Klinikärzte, § 37c Abs. 1 Satz 7 SGB V

Bei dieser Regelung ist der **organisatorische Rahmen unregelt**. Es ist unklar in welchem Verhältnis die Klinikärzte zu den Patienten stehen. Hierzu bedarf es weiterer Ausführungen.

6. „Sicherstellung“ der Versorgung am Leistungsort, § 37c Abs. 2 Satz 2 SGB V

Das **Wahlrecht der Versicherten** für einen anderen Versorgungsort als eine vollstationäre Pflegeeinrichtung **unterliegt besonderen Prüfungsanforderungen**. Zunächst ist **nicht nachvollziehbar**, warum das Bundesgesundheitsministerium **vollstationäre Einrichtungen von der besonderen Prüfung** des Medizinischen Dienstes **ausnimmt**. Selbst **spezialisierte vollstationäre Einrichtungen erfüllen**

aktuell **nicht die** für ambulante Versorgungen regelhaft zwischen ambulanten Pflegediensten und Krankenkassen bestehenden **pflegefachlichen und personellen vertraglichen Bedingungen**. Ebenso darf **bezweifelt** werden, dass **vollstationäre Einrichtungen die besonderen Prüfanforderungen des § 275b SGB V mit einem besseren Ergebnis abschließen als ambulante Dienste**. Deshalb ist die **gesetzliche „Prüfschonung“ vollstationärer Einrichtungen nicht nachvollziehbar**. Es bestehen darüber hinaus erhebliche **Zweifel**, ob tatsächlich **in vollstationären Pflegeeinrichtungen eine vollständige und ausschließliche Versorgung durch examinierte Pflegefachkräfte gewährleistet werden kann**. Anders als in häuslichen Versorgungen in denen aufgrund der ausschließlichen Anwesenheit einer Pflege(fach)kraft **eine Kontrolle** der kompetenzgerechten Versorgung nachvollziehbar erfolgen kann, ist dies durch den erheblichen Anteil von Pflegehelfern **in vollstationären Versorgungen, nicht möglich**. Das **Potential zum Abrechnungsbetrug** sowie die Feststellung selbigen ist **in vollstationären Einrichtungen erheblich** schwieriger.

Wenn das Bundesgesundheitsministerium bei einer **vollstationären Versorgung ungeprüft** von einer „**Sicherstellung**“ ausgeht, muss **auch** von einer „**Sicherstellung**“ im ambulanten Bereich ausgegangen werden, **solange ein zugelassener ambulanter Pflegedienst mit der Versorgung beauftragt ist**.

Sofern in einer **Versorgung** – gleich ob vollstationär oder ambulant – **Pflegehelfer eingesetzt** werden muss dies der **ausdrücklichen Zustimmung des Anspruchsinhabers**, also dem Betroffenen bzw. der mit der Betreuung betrauten Personen, **vorbehalten** sein. Nur unter **dieser Bedingung** kann die jeweilige **Krankenkasse ihrer Sachleistungsverpflichtung** gegenüber dem Versicherten **genügen**. Das **Gesetz** bedarf in diesem Punkt einer **zwingenden grundlegenden Überarbeitung**. Im Rahmen dieser Überarbeitung könnten auch die handwerklichen Fehler der Zitierung des § 37c Abs. 2 SGB V, behoben werden.

7. „**Verweisungsrecht**“ der Krankenkasse, § 37c Abs. 2 Satz 6 SGB V

Zunächst muss festgestellt werden, dass der Bezug im Gesetzestext fehlerhaft ist. § 37c Abs. 2 Satz 6, muss lauten: „Die Leistung an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummern 3. oder 4.(...)“. Unbeachtlich dieses handwerklichen Fehlers überzeugt die **Regelung** mit Blick auf die Feststellungen unter 6. **weder materiell** noch ist sie in Bezug auf die **Rechtsfolgen hinreichend durchdacht**. Materiell stellt sich die Frage, ob aufgrund einer **grundrechtlich gesicherten Ausübung des Hausrechts** in der Verweigerung des Zutritts dies **mit einer Verweisung in ein personell und fachlich schlechteres Angebot sanktioniert werden darf**. Beachtlich ist dabei auch, dass eine **Zutritts- und Prüfungsverweigerung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ohne Sanktionen** belegt ist. Deshalb ist die Regelung verfassungsrechtlich fragwürdig. Darüber hinaus ist es gerade unter den **aktuellen Bedingungen der Pandemie** schlichtweg **unzumutbar von Hochrisikopatienten zu verlangen**, sich im Verhältnis zu einer häuslichen Versorgung **der erhöhten Virusexposition einer vollstationären Pflegeeinrichtung aussetzen zu müssen**. Daneben sind im **Falle einer Verweisung mögliche Schadensersatzleistungen** gegenüber einem ambulanten

Pflegedienstleister zu bedenken. Diese Verträge bestehen grundsätzlich zwischen dem Betroffenen und dem ambulanten Dienst, wobei die Leistungen vom Leistungserbringer direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Um den Betroffenen zu schützen, müsste hierzu **die Tragung eines etwaigen Schadensersatzes durch die Krankenkasse** klargestellt werden.

8. „Vollständige Kostentragung durch die Krankenkassen bei Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung“, § 37c Abs. 3 Satz 1 SGB V

Nach der **bestehenden Rechtslage** haben die Versicherten einen **Anspruch auf Behandlungspflege**, wenn sie sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgen lassen. Dementsprechend wären die Betroffenen bei **konsequenter Anwendung des geltenden Rechts** bei einer **vollstationären Versorgung maximal** zur Leistung der **Investitionskosten** und der **Kosten für Unterkunft und Verpflegung** verpflichtet. Der SelbsthilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V. hat **über Jahre** die **rechtswidrige Leistungspraxis der Gesetzlichen Krankenkassen** bei der Erfüllung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nur einen Bruchteil der Kosten zu übernehmen **kritisiert** und vom **Bundesgesundheitsministerium Maßnahmen zur Beendigung dieser Praxis** eingefordert. Die jetzt **getroffene Regelung erweitert den bestehenden Anspruch** um die Leistungen der Investitionskosten sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Gleichwohl muss **diese Erweiterung kritisiert** werden, weil zu befürchten ist, dass sie **einer gerichtlichen Prüfung** – insbesondere in der Verpflichtung der Krankenkasse zur Übernahme der Investitionskosten – **nicht standhalten wird**. Die Übernahme von Investitionskosten ist weder für Krankenhausbauten noch für Therapie- und Arztpraxen eine Leistung der Gesetzlichen Krankenkassen. Für den Krankenhausbau sind die Länder zuständig. Für die Praxisräumlichkeiten die Ärzte und Therapeuten. Wenn also keine Leistungspflicht der GKV für diesen originären Leistungsbereich besteht, dann dürfte eine entsprechende Pflicht erst recht nicht für Bauten die einem anderen Buch der Sozialgesetzgebung (SGB XI) unterliegen, bestehen.

9. „Fortführung der Behandlung nach Besserung als Satzungsleistung“, § 37c Abs. 3 Satz 2 SGB V

Derzeit werden in vielen Fällen **Dekanülierungspotentiale nicht gehoben**, weil **Krankenkassen** einen entsprechenden **Genesungsschritt zum Anlass nehmen**, eine weiterführende **Leistungspflicht auszuschließen**. Auch diese geübte Praxis ist rechtswidrig. Gerade bei neurologisch erkrankten Menschen kann weiterhin eine vollständige Interventionsbereitschaft – und damit ein Anspruch auf Außerklinische Intensivpflege – bestehen. Diese **fortdauernde Leistungspflicht der GKV als Träger der gesundheitlichen Rehabilitation** sollte explizit aufgenommen werden – und zwar **als Regelleistung und nicht als freiwillige Satzungsleistung**. Dabei muss berücksichtigt werden, dass gerade die neurologische Rehabilitation erhebliche Zeiträume beansprucht.

10. „Datenerhebung nach Neuregelung“, § 37c Abs. 5 SGB V

Gutes Verwaltungshandeln zeichnet sich dadurch aus, dass es zuerst die Fakten sammelt und auf der Basis dieser Daten gesetzgeberische Maßnahmen einleitet. Der Grundsatz „erst Handeln, dann schauen“ ist in einem so sensiblen, existentiellen Bereich wie der Intensivpflege **völlig unangemessen**. Insbesondere § 37c Abs. 5 4. SGB V verdeutlicht, dass das **BMG selbst von einer erheblichen Zahl von Widersprüchen ausgeht**. Damit nimmt das **BMG billigend in Kauf**, dass viele **Betroffene und deren Angehörige** in einer Lage **größter Not noch Widerspruchsverfahren** ausgesetzt werden.

Vierter Teil: Zusammenfassung

Mit der **Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege** widmet sich das Bundesgesundheitsministerium erneut einem **hoch sensiblen** und **höchst vulnerablen Leistungsbereich** der Gesetzlichen Krankenversicherung. **Mangels** vorausgegangener **wissenschaftlicher Empire** sowie **umfänglicher fachkompetenter Beratung** und einer **umfänglichen Beteiligung der Betroffenen** waren und sind **sämtliche Entwürfe von massiven Rechtsverletzungen** gekennzeichnet.

Auch in der **Dritten Bearbeitung** nach RISG, IPreG-1 und nunmehr als IPreG-2 ist das Gesetz **nicht geeignet**, bei den **Betroffenen** und deren Familien die **Sicherheit** für eine **qualitativ hochwertige** ärztliche, therapeutische und vor allem pflegerische **Versorgung zu gewährleisten**.

Im Gegenteil: Mit der im IPreG geplanten Einschränkung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen lediglich auf die Erstattung der medizinischen Behandlungspflege anstatt bisher der umfänglichen Leistungen der Behandlungspflege ist das IPreG die Axt für den leistungsrechtlichen Kahlschlag insbesondere im Bereich der häuslichen Intensivpflege.

Durch **diese Leistungseinschränkung** werden **zukünftig** die durch die Krankheit begründeten **körperbezogenen Pflegemaßnahmen** (vormals „Grundpflege“) **nicht mehr als Bestandteil der Behandlungspflege** von den Gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Die **Kosten** für die **körperbezogenen Pflegemaßnahmen** belaufen sich **monatlich auf mehrere tausend Euro**. Diese **Kosten** müssen nunmehr durch **Soziale Pflegeversicherung** – und **darüber hinaus** von den **Betroffenen** oder dem **Sozialamt** geleistet werden. Die **Gesetzlichen Krankenkassen** werden Ihre Leistungen **zukünftig** entsprechend um **mehrere Tausend Euro pro Monat reduzieren**. Das **Gesetz** **übt** damit mittelbar **extremen Zwang** aus. Durch diese **massive Mittelbeschneidung** wird die **Wahl der eigenen Häuslichkeit als Versorgungsort** nicht mehr möglich sein. Das **IPreG** **schaltet** damit die **freie Wahl** des Versicherten zum Leistungsort **faktisch aus**. Damit einhergehend werden die **Möglichkeiten der Teilhabe der Betroffenen** **elementar eingeschränkt**.

Das **IPreG** versetzt **alle Betroffenen** und deren Familien, die sich dafür entschieden haben, **das Schicksal gemeinsam zu Hause zu bewältigen**, in **elementare Ängste**. Alle **Proteste der Betroffenen** und die **Ermahnungen** der breiten Mehrheit der im **Parlament** vertretenen Parteien haben im Ergebnis **nicht zu einer grundlegenden Überarbeitung des Gesetzes** geführt.

Die **Betroffenen** und deren Familien haben **keinerlei Empathie im Gesetzgebungsprozess** für ihre **schwere Lebenslage** und ihre **tägliche Sorge um das Leben** ihres Angehörigen **erfahren**. Vielmehr wurde ihnen an vielen Stellen **das Gefühl** vermittelt, mit ihrem **Wunsch nach häuslicher Versorgung**, eine **unangemessene**

Forderung an die Versicherungsgemeinschaft zu stellen. Diese Diffamierung erleben viele **Angehörige** bereits heute in **(Beratungs-)Gesprächen** mit der jeweiligen **Krankenkasse**.

Die **Betroffenen** und deren **Angehörige** hoffen – und **brauchen** – ein **deutliches politisches Signal**, dass sie in ihrer **Not** bei der Bewältigung der durch Schicksal geprägten Lebenslage **Unterstützung erhalten** und **nicht durch MD(K) und Krankenkassen gegängelt** oder gar **inkriminiert** werden.

Deshalb halte ich **drei Veränderungen des IPReG** für **unbedingt erforderlich**:

1. Der Leistungsanspruch der Betroffenen gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenversicherung bleibt als individueller Sachleistungsverschaffungsanspruch in Form der Behandlungspflege – unabhängig von der gewählten Wohnform – bestehen.
2. Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung können von den Betroffenen **umfänglich genutzt** werden, um Leistungen der Assistenz und hauswirtschaftlichen Unterstützung zu decken. Bei Betroffenen, die eine Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung gewählt haben, können diese Leistungen auch zur Deckung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten genutzt werden.
3. Auf der Grundlage der Wahlfreiheit der Betroffenen für die jeweilige Versorgungsstruktur soll das IPReG in den nächsten fünf Jahren **nachhaltig wissenschaftlich evaluiert** werden und mit den Betroffenenverbänden in einem **gemeinsamen Prozess** zwischen BMG, Krankenkassen und Vertretern der politischen Parteien **ausgewertet** werden. Dazu sollen insbesondere die folgenden Daten erhoben werden:
 - a. Versorgungsform (1:1 oder gemeinschaftliche Versorgung)
 - b. Wohnform (Häuslichkeit, gemeinschaftliche Häuslichkeit, vollstationäre Pflegeeinrichtung)
 - c. Im Falle des Todes – Versorgungszeitraum mit außerklinischer Intensivpflege
 - d. Im Falle der Genesung – Versorgungszeitraum mit außerklinischer Intensivpflege und Dauer des Zeitraums der Versorgung ohne Bedarf an außerklinischer Intensivpflege.

Seggebruch im Juni 2020

Gez. Sebastian Lemme