

Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG).

Der DPR begrüßt, dass nunmehr die im Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG geregelte Einschränkung bei der Wahl des Leistungsortes beatmeter oder tracheotomierter Menschen weitgehend aufgehoben wurde. Ebenso begrüßenswert ist, dass die Verknüpfung bei der Wahl des Leistungsortes mit der Zumutbarkeitsregelung gemäß § 104 SGB IX, die in einem vorherigen Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG geplant wurde, aufgegeben wurde.

Der DPR begrüßt weiterhin, dass angesichts der demografischen Entwicklung die Rolle und die Einbettung der medizinischen Rehabilitation im Kontext der medizinischen wie pflegerischen Versorgung gestärkt werden soll. Vor dem Hintergrund des bestehenden Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ begrüßt der DPR in diesem Zusammenhang ausdrücklich die geplante Regelung zur Bewilligung einer geriatricspezifischen Rehabilitation ohne weitere Prüfung der medizinischen Notwendigkeit. Mit der geplanten Neuregelung wird der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erleichtert.

Um mehr Transparenz zu erreichen, wird zudem geregelt, dass Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen. Der DPR begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass neben fachübergreifenden Vereinbarungen auch indikationsspezifische Vereinbarungen möglich sind und so eine sachgerechte sowie qualitative Abbildung der diversen Rehabilitationsangebote ermöglicht wird.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 2

§ 37c SGB V Außerklinische Intensivpflege

Absatz 1, Satz 5

In diesem Absatz wird u.a. geregelt, dass die außerklinische Intensivpflege der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt bedarf, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist.

Stellungnahme

Ohne eine konkrete Ausgestaltung der Übergangsregelung zur Qualifikation der verordnenden Vertragsärzte und der ergänzenden Anforderungen besteht zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes die Gefahr, dass verordnenden Ärztinnen und Ärzten bis zur Bestimmung der Richtlinie des G-BA der Einwand der nicht vertragsgemäßen Verordnung entgegengehalten wird. Den Versicherten droht dadurch insbesondere bei laufenden Behandlungen eine nicht zumutbare Versorgungslücke. Entsprechende Übergangsregelungen wären daher zielführend.

Absatz 1, Satz 6

In diesem Absatz wird u.a. geregelt, dass bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben und zu dokumentieren ist.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt grundsätzlich, dass dem Entwöhnungspotenzial beatmeter Patienten/innen deutlich mehr Beachtung geschenkt wird. Allerdings fehlt bei der Formulierung „das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung“ eine eindeutige Definition. Hier müssten Parameter für die Beurteilung des Potenzials vorgegeben werden, andernfalls könnten die Kostenträger eigene Maßstäbe ansetzen, die intransparent oder variierend ausfallen könnten. Zudem wäre das vorgesehene, bürokratische Verfahren mit ständig wiederholter Überprüfung von Entwöhnungsmöglichkeiten für Patienten/innen mit progressiven Erkrankungen zu vereinfachen.

Absatz 2

Versicherte, die Anspruch auf außerklinische Behandlung haben, können in vollstationären Pflegeeinrichtungen, stationären Einrichtungen, Wohneinheiten, in ihrem Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort versorgt werden.

Weiterhin wird geregelt, dass Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung richten, zu entsprechen sind, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann.

Ob der Leistungsort die Voraussetzungen erfüllt, überprüft die Krankenkasse. Die Leistungserbringung in einer Wohneinheit oder der eigenen Häuslichkeit kann versagt werden, wenn die/der Versicherte oder eine andere berechtigte Person den Zugang zur Wohnung zwecks Überprüfung verweigert.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass Patienten/innen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf ein weitgehendes Wahlrecht bzgl. des Leistungsortes haben.

Die Forderung, dass ambulante Intensivpflegedienste die Versorgung einer Patientin/eines Patienten in der eigenen Häuslichkeit tatsächlich und dauerhaft sicherstellen müssen, stellt eine kaum zu überwindende Hürde dar und ist zudem nicht rechtssicher: Wird von einem Bedarf an Pflegefachpersonen von 5,5 pro Patient/in ausgegangen, so kann diese Personalausstattung als Voraussetzung für die Versorgung nicht vorgehalten werden. Pflegedienste betreiben ihre Personalplanung im Zusammenhang mit den ihnen anvertrauten Patienten/innen und können daher keine dauerhafte Planung bereitstellen, noch bevor sie die Versorgung einer Person mit hohem Pflegebedarf übernommen haben. Hier gibt es viel Interpretationsspielraum, der seitens der Kostenträger zur Ablehnung des gewünschten Leistungsortes ausgelegt werden kann.

Weiterhin soll in Satz 2 offensichtlich klargelegt werden, dass es bei dem Leistungsvorbehalt um eine Prüfung der objektiv feststellbaren Rahmenbedingungen geht, die für die Sicherstellung der verordneten Behandlungspflege erforderlich sind; und dass der gewünschte Leistungsort für die zu erbringende Leistung grundsätzlich geeignet ist. Ein Leistungsvorbehalt aus personellen Gründen widerspricht allerdings den allgemeinen Vorschriften des § 2 Abs. 1 SGB V wonach die Krankenkassen „den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung (stellen), soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden.“ Hierzu schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Da die Versicherten keine Vertragspartner dieser Leistungsvereinbarung sind, kann ihnen nicht zugemutet werden, dass eine unzureichende personelle Sicherstellung der Versorgung durch den Kostenträger mit einer Leistungseinschränkung gegenüber den Versicherten geahndet werden soll.

Insbesondere in Hinblick auf den Teilhabeanspruch von Minderjährigen und jungen Erwachsenen im Sinne des Abs. 1 Satz 8 ist die personalaufwendige 1:1-Versorgung erforderlich, um die Teilhabe an Bildung, am Arbeitsleben und am sozialen Leben zu ermöglichen. Da die Betroffenen ständig auf Pflege angewiesen sind, ist ohne die Begleitung

durch eine Pflegefachkraft auch die Teilnahme an Aktivitäten außerhalb des Wohnortes nicht möglich. Die medizinische und pflegerische Versorgung muss daher mit Rücksicht auf den ganzheitlichen Leistungsumfang der Sozialgesetzgebung als Teil einer bedarfsgerechten Versorgung durch die Kostenträger sichergestellt werden.

Darüber hinaus kann die Versorgung in der vertrauten eigenen Häuslichkeit und in der Nähe von langfristig vertrauten Menschen einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen leisten. Hier darf den Versicherten nicht entgegengehalten werden, dass die Leistungserbringung in ihrem Haushalt, in ihrer Familie oder an einem anderen geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen mit einem höheren personellen und finanziellen Aufwand verbunden ist.

Die Verknüpfung der Überprüfung von Voraussetzung zur außerklinischen Intensivpflege mit dem Einverständnis der Patientin/des Patienten, die Wohnung betreten zu dürfen, ist aus Sicht des DPR fragwürdig, denn die Unverletzlichkeit der Wohnung gilt auch für Menschen mit Behinderungen. Eine Verweigerung des Eindringens in die Privatsphäre darf nicht mit Leistungsverweigerung sanktioniert werden. Eine Überprüfung könnte ggf. auch an einem anderen geeigneten und neutralen Ort erfolgen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Änderungen vor:

Satz 2:

*Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort **tatsächlich und dauerhaft sichergestellt** ~~verordnungsgemäß erbracht~~ werden kann. **In den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 bis 3 ist die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung zu prüfen.***

Satz 6:

*Die Leistung an einem Leistungsort nach Satz 3 oder 4 kann versagt und der Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden, wenn **keine Überprüfung nach Satz 5 und Satz 6 möglich ist.** ~~das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten 1. durch die oder den Versicherten oder 2. durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechnete Person nicht erteilt wird und dadurch die Feststellung nach Satz 4 oder die Überprüfung nach Satz 5 und Satz 6 nicht möglich ist.~~*

Absatz 3

In diesem Absatz wird geregelt, dass der Anspruch bei einer außerklinischen Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen für die Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die betriebsnotwendigen Investitionskosten und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung umfasst.

Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen können, dass diese Leistungen und Kosten auch dann weiter gewährt werden können, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass die Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei Intensivpatienten/innen in stationären Pflegeeinrichtungen wieder von der Krankenkasse übernommen werden. Eine finanzielle Schlechterstellung der ambulanten Wohnform durch einen höheren Eigenanteil als im stationären Bereich lehnen wir dagegen ab. Zudem führt diese Regelung zu einer Ungleichbehandlung von beatmeten und nicht beatmeten Bewohner/innen bzgl. der medizinischen Behandlungspflege, den Investitionskosten und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, die nicht begründbar ist.

Aus Sicht des DPR wären die Kosten für die medizinische Behandlungspflege für alle Anspruchsberechtigten in stationären Pflegeeinrichtungen in die Krankenkasse zurück zu verlagern und zeitnah eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung einzuleiten, um die Kosten für alle Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen zu begrenzen.

Bei der im Gesetzentwurf genannten Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse handelt es sich zudem um eine „Kann-Regelung“, die zu einer gravierenden Ungleichbehandlung von Versicherten verschiedener Kassen führen kann.

Absatz 5

Die Krankenkasse berichtet dem BMG 2026 über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege und wertet dazu Daten aus.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil die Auswertung von Daten zu Leistungsfällen, Leistungsdauer, Leistungsort und Widerspruchsverfahren eine valide Grundlage für die Bewertung der Versorgungssituation darstellt.

Nummer 3 b) aa)

§ 39, Absatz 1a, neuer Satz 7

Der Satz regelt, dass das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus umfasst.

Stellungnahme

Um eine angemessene sektorenübergreifende Versorgung von Patienten/innen zu gewährleisten, insbesondere solche mit Beatmung, bedarf es im Rahmen des Entlassmanagements einer Auswahl der am besten geeigneten Institutionen, um das jeweils vereinbarte Ziel der weiteren Versorgung zu gewährleisten. Daher begrüßt der DPR, dass dabei auch eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus möglich ist.

Allerdings besteht beim Entlassmanagement beatmter Patienten/innen Verbesserungspotenzial. In Einrichtungen, in denen die außerklinische Beatmung stattfindet, sind keine Ärztinnen und Ärzte vor Ort. Pflegefachpersonen ambulanter Intensivpflegedienste, Wohngemeinschaften oder stationärer Pflegeeinrichtungen dürfen die Beatmungsparameter nicht selbst einstellen und über Spontanatemzeiten zur Reduzierung und Entwöhnung vom Beatmungsgerät entscheiden, da dies Pulmologen/innen, Intensivmedizinern/innen und Atemtherapeuten/innen vorbehalten ist. Letztere sind in der Regel nicht an Hausbesuchen oder Kooperationen interessiert, weil ihr Hauptsitz meist ein Krankenhaus oder Weaningzentrum ist. Zudem werden Patienten/innen, die für eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung in Frage kommen, häufig von Krankenhäusern oder Weaningzentren aufgrund ihres hohen Alters und mehrerer Diagnosen (Multimorbidität) abgelehnt. Ein Lösungsansatz wäre, dass Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus / der Rehabilitationseinrichtung / des Weaningzentrums die Nachversorgung der/des Beatmeten im Zeitraum von zwei bis vier Wochen nach der Entlassung in die Häuslichkeit übernehmen. Zudem müssen die Weaningzentren die Patienten/innen zur erneuten Überprüfung oder Anpassung der Beatmungsparameter aufnehmen oder Hausbesuche durchführen.

Weiterhin benötigen Intensivpflegedienste Hilfsmittel zur Überwachung der Vitalparameter (z.B. Sauerstoffsättigungsmessgeräte, Hustenassistenten etc.). Ohne diese Hilfsmittel ist eine Entwöhnung oder Dekanülierung nicht möglich. Ambulante Intensivpflege benötigen in diesem wichtigen Punkt Unterstützung von den Krankenkassen.

Nummer 4 b) bb)

§ 40 Abs. 3 Satz 13 SGB V

Der neu gefasste § 40 Abs. 3 Satz 13 SGB V sieht vor, dass Leistungen der geriatrischen Rehabilitation in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden sollen.

Stellungnahme

Diese gesetzliche Verankerung eines Regelbehandlungszeitraumes und die damit verbundene Implementierung eines quantitativen Mindestmerkmals in der geriatrischen Rehabilitation wird seitens des DPR ausdrücklich begrüßt.

Die gegenwärtige Formulierung der Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 13 SGB V reicht jedoch nicht aus, um dem formulierten Ziel vollumfänglich gerecht werden zu können. Der Begründung zu dieser Neufassung ist zu entnehmen, dass „kürzere Leistungen nicht zweckmäßig sind, da die Wiedererlangung von Funktionen bei dem Personenkreis der geriatrischen Patienten/innen länger dauert. Kürzere Fristen könnten zu Folgeanträgen, weiteren Genehmigungsverfahren und möglicherweise Behandlungslücken führen, was gerade beim betroffenen Personenkreis vermieden werden sollte. Die Festlegung einer Regeldauer beinhaltet die Möglichkeit, im begründeten Einzelfall abzuweichen, wenn die Rehabilitationsziele früher zu erreichen sind.“

Folgend dieser Begründung ist die Formulierung „in der Regel“ aus Sicht des DPR nicht präzise genug und impliziert zukünftige Auslegungsstreitigkeiten. Die gegenwärtige Versorgungspraxis zeigt, dass die Bewilligungsdauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen regelmäßig 14 Behandlungstage beträgt. Dass ein derart kurzer Behandlungszeitraum nicht auf die Gesamtheit geriatrischer Patienten/innen übertragbar ist, ergibt sich bereits aus der zitierten Begründung zum vorliegenden Gesetzentwurf. Aus Sicht des DPR ist an dieser Stelle daher eine Formulierung mit allgemeingültigem Charakter zu verwenden und die Gründe für eine Abweichung im Einzelfall sind zu definieren. Nur so können langfristig Auslegungsstreitigkeiten verhindert und eine bedarfsgerechte Versorgung geriatrischer Patienten/innen sichergestellt werden.

Vor diesem Hintergrund spricht sich der DPR ausdrücklich für eine Konkretisierung des § 40 Abs. 3 Satz 13 SGB V aus.

Änderungsvorschlag

Für die Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 6 (neu) SGB V wird folgende Änderung vorgeschlagen:

*Leistungen der geriatrischen Rehabilitation ~~sollen~~ **werden** ambulant für **mindestens** 20 Behandlungstage oder stationär für **mindestens** drei Wochen erbracht ~~werden~~, **hiervon kann die Krankenkasse nur auf Grund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abweichen. Eine Verlängerung der geriatrischen Rehabilitation aus medizinischen Gründen ist möglich.***

Nummer 4 b) dd)

§ 40 Abs. 3 Satz 16 SGB V (neu)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erneut erbracht werden. Mit der Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 16 SGB V wird dieser Grundsatz für Minderjährige aufgehoben, um den besonderen gesundheitlichen Bedingungen des Kindes- und

Jugendalters Rechnung zu tragen und einen Gleichklang mit den für den Bereich der Rentenversicherung geltenden Regelungen zur Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI herzustellen.

Stellungnahme

Diese Neuregelung ist aus Sicht des DPR grundsätzlich zu begrüßen. Damit die Krankheitsverläufe möglichst abgemildert werden und die Krankheitsfolgen nicht bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, ist es im Kindes- und Jugendalter elementar, diese rechtzeitig und angemessen zu behandeln. Daher ist eine quantitative Begrenzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter aus Sicht des DPR nicht sachgerecht und die geplante Neuregelung unter Beachtung der Prinzipien zur nachhaltigen Entwicklung ausdrücklich zu begrüßen.

Aus Sicht des DPR ist diese Neuregelung zusätzlich auf die geriatrische Rehabilitation zu übertragen, da im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ insbesondere eine geriatrische Rehabilitation helfen soll, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Insbesondere muss die geriatrische Rehabilitation noch vor einer Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden möglichen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen gestärkt werden.

Der geriatrische Patient ist durch ein hohes Lebensalter und durch das Vorliegen einer geriatritypischen Multimorbidität und damit einhergehender Vulnerabilität charakterisiert. Die Einschränkungen geriatrischer Patienten/innen sind somatischer, kognitiver oder auch affektiver Art – bedingt durch altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls schon manifeste oder zumindest latente Schädigungen von Körperstrukturen oder Funktionen.

Aufgrund der Multimorbidität und von Komplikationen besteht die Notwendigkeit gleichzeitiger akutmedizinischer Behandlung oder Überwachung und rehabilitativer Maßnahmen. Die Anteile können im Behandlungsverlauf unterschiedlich gewichtet sein und variieren. Die Multimorbidität geriatrischer Patienten/innen sowie daraus resultierende mannigfaltige anamnestische Angaben erfordern aus Sicht des DPR eine Aufhebung der bestehenden quantitativen Begrenzung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation.

Vor diesem Hintergrund spricht sich der DPR ausdrücklich für eine Konkretisierung des § 40 Abs. 3 Satz 16 SGB V aus.

Änderungsvorschlag

Für die Neufassung des § 40 Abs. 3 Satz 16 SGB V wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:

*Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. **Die 4-Jahres Frist gilt nicht für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation.***

Nummer 10 b)

§ 111 Abs. 5 SGB V (neu)

Durch die Neuregelung des § 111 Abs. 5 Satz 2 SGB V wird bestimmt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V nicht für die Vereinbarung von Vergütungen für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitation gelten soll.

Stellungnahme

Die Ergebnisse eines Gutachtens der aktiva¹ zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation aus dem Jahre 2019 zeigen, dass die medizinische Rehabilitation vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland (z.B. Fachkräftemangel) volkswirtschaftlich zunehmend an Bedeutung gewinnt. Gleichzeitig ist die Branche vielen externen Kostensteigerungen unterworfen, ohne dass diese in dem stark reglementierten System von den Rehabilitationseinrichtungen beeinflusst werden können. Die Vergütungssätze der Kliniken müssen in dem monistisch finanzierten System sowohl den Betrieb als auch die notwendigen Investitionen tragen, weshalb durch die aktiva unter Berücksichtigung wahrscheinlicher übertariflicher Personalkostensteigerungen die Notwendigkeit erheblicher Vergütungssatzsteigerungen prognostiziert wird.

Vor diesem Hintergrund ist die Neuregelung des § 111 Abs. 5 Satz 2 SGB V grundsätzlich zu begrüßen, da die Abschaffung der Bindung an die Grundlohnrate eine angemessene Refinanzierung der stetig steigenden Kosten in der medizinischen Rehabilitation ermöglicht.

Mit der Neuregelung des § 111 Abs. 5 Satz 3 SGB V wird zusätzlich klargestellt, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Der Begründung zum vorliegenden Gesetzentwurf ist zu entnehmen, dass mit dieser Neuregelung auch den Besonderheiten von Einrichtungen, für die keine Tarifbindung, aber beispielsweise betriebliche Vereinbarungen bestehen, Rechnung getragen werden sollen. Aus Sicht des DPR sind Rehabilitationseinrichtungen ohne Tarifbindung aber mit hauseigenen betriebsvertraglichen Regelungen analog der Begründung zum Gesetzentwurf explizit von der Neuregelung zu erfassen. Nur durch eine Konkretisierung der Neuregelung können langfristige Auslegungstreitigkeiten verhindert werden.

Änderungsvorschlag

Für die Neufassung des § 111 Abs. 5 SGB V wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

*Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung tarifvertraglich oder **durch eine Betriebsvereinbarung** vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.*

¹ Aktiva (2019): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Abrufbar unter: https://www.aktiva-gesundheitswesen.de/wp-content/uploads/2019/11/191028_Reha_GA_2019_final.pdf

Nummer 14

§ 132 j Absatz 1 Satz 1

Es sollen Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vereinbart werden.

Stellungnahme

Diese Rahmenempfehlungen beziehen sich u.a. auf die pflegerische Berufsausübung und insbesondere die pflegerische Qualitätssicherung als pflegerische Vorbehaltsaufgabe nach dem Pflegeberufegesetz. Damit stehen sie in engem Zusammenhang mit den zu definierenden personellen Anforderungen an die pflegerische Versorgung und die Personalbemessung.

Aus Sicht des DPR müssen den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufsverbände auf Bundesebene bzw. der Bundespflegekammer bei der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen zu den genannten Bereichen ein Beteiligungsrecht eingeräumt werden, weil es dabei um ureigene, professionelle Aufgaben der Pflege geht.

Weiterhin sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der unabhängigen wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften für die außerklinische Beatmung auf Bundesebene zu beteiligen. Die unabhängigen wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften für außerklinische Beatmung sind Verfasser einer sektorübergreifenden S2k-Leitlinie, die den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgungsbedarf für die außerklinische Intensivpflege regelt. Diese Leitlinie ist allseits anerkannt und bildet unter anderem die Grundlage für die Fachweiterbildung „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“, die nach den geltenden Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege nach § 132a Abs. 1 SGB V Abrechnungsvoraussetzung für Pflegefachpersonen mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung in diesem Leistungsbereich ist. Die neu aufzustellenden Rahmenempfehlungen gründen zwangsläufig auf den Erfahrungen dieser Leitlinie und entwickeln sie weiter. Die Beteiligung der einschlägigen, sektorübergreifend tätigen Fachgesellschaften ist daher eine fachlich notwendige Voraussetzung, um auch zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen und die hierfür erforderliche Qualifizierung der Fachkräfte gewährleisten zu können.

Außerdem ist die Sicherstellung einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung Aufgabe der Krankenkassen. Bisher ist der Sicherstellungsauftrag in §132a Abs. 1 Satz 1 für die häusliche Krankenpflege geregelt, die den Leistungsbereich der häuslichen Intensivpflege einschließt. Durch die vorgesehene Neuordnung der außerklinischen Intensivpflege ist dieser Leistungsauftrag in den neu gefassten § 132j zu integrieren. Damit wird klargestellt, dass die Leistungen entsprechend der zu vereinbarenden Rahmenempfehlungen auch weiterhin von den Krankenkassen einheitlich und flächendeckend erbracht werden.

Die vorgeschlagene Differenzierung der Bedarfe unterschiedlicher Altersgruppen wird nach §37c Abs. 1 Satz 8 bei der Aufstellung der Richtlinien für die Verordnung von medizinischen Leistungen in diesem Gesetzentwurf ausdrücklich berücksichtigt. Dies ist sachgerecht und unbedingt zu begrüßen. Der DPR schlägt vor, die gleiche altersdifferenzierte Betrachtung auch bei der Aufstellung der Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen, in denen unter anderem die

personellen und strukturellen Anforderungen an die Versorgung, die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit sowie die Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen geregelt werden. Hier ist dem besonderen Schutzbedarf und dem Leistungsanspruch von Minderjährigen in gleicher Weise Rechnung zu tragen. Auch kann die besondere Situation von Eltern, die bei häuslicher Pflege in erheblichem Umfang in die Versorgung miteingebunden sind, in einer eigenen Rahmenempfehlung sachgerecht berücksichtigt werden ebenso wie die besondere fachliche Qualifikation von Pflegekräften bei der Versorgung von Kindern.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Ergänzungen vor:

*Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 des Elften Buches erbringen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene, und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und **maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufsverbände auf Bundesebene bzw. die Bundespflegekammer sowie die maßgeblichen Spitzenorganisationen der unabhängigen wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften für die außerklinische Beatmung auf Bundesebene** haben unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gemeinsame Rahmenempfehlungen über **die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt** zu vereinbaren.*

Ergänzung

§ 3 Absatz 2a Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV)

Aus Sicht des DPR sind im Rahmen des GKV-IPReG weitere Maßnahmen notwendig, um die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen - insbesondere der Pflegeberufe – langfristig zu sichern. Die gegenwärtigen Personalprobleme in der Pflege im Krankenhaus, in den Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten – und darüber hinaus insbesondere in der stationären sowie ambulanten Rehabilitation – werden künftig zunehmen. Im Jahr 2030 werden in Deutschland bei einer Fortschreibung des gegenwärtigen Trends 187.000 Pflegevollkräfte zusätzlich gebraucht. Dies ist das Ergebnis des Gutachtens „Situation und

Entwicklung der Pflege bis 2030² des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden mit Artikel 10 Änderungen der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) vorgenommen. In diesem Zusammenhang ist u.a. eine Erweiterung bzw. Öffnung der Pflegeausbildung für „geeignete Kooperationspartner“ bei gleichzeitiger Sicherstellung des Kompetenzerwerbs erfolgt. Mit dem neuen § 3 Abs. 2a PflAPrV wurde der Pflichteinsatz nach § 7 Abs. 1 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) beim Träger der praktischen Ausbildung für eine zweite Einrichtung geöffnet. Mit dieser Öffnung wird unter anderem ermöglicht, dass auch solche psychiatrischen Krankenhäuser Träger der praktischen Ausbildung werden können, die während eines Pflichteinsatzes in der stationären Akutpflege nicht alle Ausbildungsinhalte der allgemeinen Akutpflege vermitteln können. Diese Öffnung ist aus Sicht des DPR grundsätzlich zu begrüßen.

Um ein ausreichendes Ausbildungsplatzangebot zu sichern und so den künftigen Herausforderungen gerecht zu werden, spricht sich der DPR im Rahmen des GKV-IPReG ausdrücklich dafür aus, auch geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V als geeignete Kooperationspartner im Sinne des § 3 Abs. 2a PflAPrV zuzulassen.

Im Rahmen des § 3 Abs. 2a PflAPrV gilt grundsätzlich, dass eine Einrichtung nicht nur die formalen Anforderungen gemäß § 7 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 PflBG erfüllen muss, um Träger der praktischen Ausbildung sein zu können, sondern insbesondere auch in der Lage sein muss, wesentliche Teile der praktischen Ausbildung selbst durchzuführen. Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sind in der Lage, wesentliche Teile der praktischen Ausbildung selbst durchzuführen. Die Aktivierend-Therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) bezieht sich auf Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf. Damit geht diese Versorgung deutlich über die Grund- und Behandlungspflege (Versorgungspflege) hinaus. Ziel der ATP-G ist es, die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe in der Form, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder zu erreichen. Unter Beachtung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie aktueller gesundheitlicher Einschränkungen stehen damit insbesondere das (Wieder-)Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenz im Mittelpunkt.

Da geriatrische Rehabilitationseinrichtungen – anders als psychiatrische Krankenhäuser – die formalen Anforderungen gemäß § 7 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 PflBG nicht erfüllen, bedarf es einer Ergänzung bzw. Konkretisierung des § 3 Abs. 2a PflAPrV.

Änderungsvorschlag

Zur Ergänzung des § 3 Abs. 2a PflAPrV wird im Rahmen des GKV-IPReG der folgende neue Satz 4 vorgeschlagen:

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist die Aufteilung des beim Träger der praktischen Ausbildung durchzuführenden Pflichteinsatzes nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes

² Deutsches Krankenhausinstitut (2019): Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Abrufbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final_0.pdf

auf eine zweite Einrichtung zulässig, soweit die Vermittlung der Kompetenzen nach Anlage 1 ansonsten nicht in vollem Umfang gewährleistet werden kann. Auch die zweite Einrichtung muss die Anforderungen an die Geeignetheit zur Durchführung des Pflichteinsatzes nach den für den Träger der praktischen Ausbildung geltenden Vorschriften erfüllen. Die übrigen Einsätze im Rahmen der praktischen Ausbildung sind jeweils ungeteilt in einer Einrichtung durchzuführen. Abweichend von Satz 2 erfüllen auch geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 fünftes Buch Sozialgesetzbuch die Anforderungen an die Geeignetheit zur Durchführung des Pflichteinsatzes.

Zur Stellungnahme des Bundesrates Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - GKV-IPReG)

2. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c Absatz 3 Satz 1 SGB V)

Der DPR schließt sich der Forderung und dem Änderungsvorschlag des Bundesrates an, auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen in die Refinanzierungsregelungen des § 37c Absatz 3 SGB V aufzunehmen.

Berlin, 11. Juni 2020

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de