



## Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPREG)

### Inhalt

1. Vorbemerkungen.....	2
2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf IPREG Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	4
2.1. Nr. 2 zu § 37c SGB V – Außerklinische Intensivpflege .....	4
2.1.1. Gesetzentwurf .....	4
2.1.2. Stellungnahme.....	5
2.2. Nr. 14 zu § 132j SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung .....	7
2.2.1. Gesetzentwurf .....	7
2.2.2. Stellungnahme.....	7
2.2.3. Änderungsvorschlag .....	7
2.3. Nr. 16 c) zu § 275b SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst.....	9
2.3.1. Gesetzentwurf .....	9
2.3.2. Stellungnahme.....	9
2.3.3. Änderungsvorschlag .....	10

### Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz  
Redaktion: Christine Eberle, Dr. Benno Kirsch, Berit Leinwand, Annette Simon, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)  
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841  
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 10.03.2017, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

## 1. Vorbemerkungen

Nach massiver Kritik und verfassungsrechtlicher Bedenken am ersten Referentenentwurf des „Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG)“ wurde dieser mehrmals überarbeitet. Im vorliegenden Gesetzentwurf mit dem Namen „Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG)“ sind die Maßnahmen zur Förderung der Beatmungsentwöhnung aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz grundsätzlich begrüßenswert.

Doch auch im neuen Gesetzentwurf des GKV-IPReG gibt es Verbesserungsbedarf. Statt einer Angemessenheitsprüfung ist im überarbeiteten Gesetzesentwurf des GKV-IPReG eine Prüfung der „tatsächlichen“ und „dauerhaften“ Sicherstellung der häuslichen Versorgung durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen vorgesehen. Diese Prüfung erfolgt jährlich.<sup>1</sup> Somit bestimmt letztendlich der Kostenträger, ob die Betroffenen ins Pflegeheim ziehen müssen. Dies betrifft fast 20.000 Menschen.<sup>2</sup> Sie sind auf besondere Hilfe angewiesen und damit extrem verletzlich. Denn diese schwerstkranken Patienten<sup>3</sup> müssen in der Regel beatmet und rund um die Uhr gepflegt werden.

### Kriterien-Klarheit und Transparenz für die jährliche Prüfung schaffen

Grundsätzlich ist eine stärkere Kontrolle zu Hause und in Wohneinheiten, vor allem um eine bestmögliche Versorgungsqualität zu schaffen, sowie Betrug und Missbrauch zu verhindern, aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz richtig. Dabei muss aber stets die Privatsphäre in der eigenen Häuslichkeit gewahrt werden. Allerdings fehlt im Gesetzentwurf eine präzise Beschreibung der Kriterien „tatsächlich“ und „dauerhaft“ sowie eine Definition, was der Medizinische Dienst prüft. Der Entscheidungs- und Interpretationsspielraum der Krankenkassen ist bei unbestimmten Rechtsbegriffen zu groß. Dies ist für die Patienten und ihre Angehörigen untragbar, weil es Ängste schürt. Daher ist es sehr wichtig, hier für Klarheit zu sorgen und so Ängste abzubauen. Außerdem dürfen festgestellte Mängel nicht sofort zwangsläufig in eine stationäre Versorgung führen. Die Betroffenen müssen eine angemessene Frist zur Nachbesserung erhalten.

### Konkretisierung der Vorgaben für die Rahmenvereinbarung

Durch den vorliegenden Gesetzentwurf GKV-IPReG werden auch Anforderungen an die Rahmenvereinbarung zur Intensivpflege festgelegt. Diese sind jedoch noch durch den Gesetzgeber zu spezifizieren. Daher empfiehlt die Deutsche Stiftung Patientenschutz, in den Rahmenvereinbarungen vor allem die benötigte Qualifikation des Personals und einen jährlichen Fortbildungsrhythmus festzuschreiben.

---

<sup>1</sup> Gesetzentwurf GKV- IPREG S. 8

<sup>2</sup> <http://www.der-paritaetische.de/fachinfo/gesundheits-teilhabe-und-pflege/antwort-der-bundesregierung-auf-die-kleine-anfrage-der-fraktion-buendnis-90die-gruenen-zur-ausserklini/>

<sup>3</sup> Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige aller Geschlechter.

## Kontrollen und Qualitätssicherung von Intensivpflege-Wohneinheiten stärken

Auch bei den Kontrollen und der Qualitätssicherung der Intensivpflege-Wohneinheiten sieht die Deutsche Stiftung Patientenschutz weiterhin Nachbesserungsbedarf. Hier ist es zum einen zwingend erforderlich, die gegebenenfalls nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden an der Qualitätsprüfung der Wohneinheiten nach § 132i Abs. 5 Nummer 1 im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu beteiligen. Ergänzend fordern die Patientenschützer dazu die Länder auf, eine Harmonisierung der unterschiedlichen heimrechtlichen Vorschriften für diese Wohneinheiten in die Wege zu leiten. Nur so kann bundesweit der gleiche Standard der Qualitätsüberwachung und Kontrolle sichergestellt werden. Denn nur die heimrechtlichen Behörden dürfen Hoheitsrechte ausüben und können eine Einrichtung bei schlechter Pflege auch schließen. Weiterhin müssen die Qualitätsmechanismen in Intensivpflege-Wohneinheiten genauso gesichert sein wie in stationären Pflegeeinrichtungen.

## Betrug und Missbrauch den Kampf ansagen

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz unterstützt den vorgesehenen Vorstoß, Kriminellen in dieser lukrativen Branche das Handwerk zu legen. Allerdings gibt es hier noch Verbesserungsbedarf. Daher erneuern die Patientenschützer die Forderungen aus ihrem „8-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen in der Pflege“<sup>4</sup>. So kann unter anderem eine einheitliche Patientennummer die Transparenz erhöhen und die Zusammenarbeit von Kranken- und Pflegekassen ermöglichen. Außerdem müssen in allen Ländern polizeiliche Spezialermittlungsteams und Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Ermittlungen im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Des Weiteren gilt es, anonyme Hinweise von Korruption und Betrug zu ermöglichen und die Hinweisgeber besser zu schützen. Auch muss es für die Betreiber oder Mitarbeiter von Pflegediensten – wie im Steuerrecht – eine Regelung zur Straffreiheit geben, wenn diese sich selbst anzeigen und die durch Falschabrechnungen verursachten finanziellen Schäden erstatten. Erst mit diesen zusätzlichen Maßnahmen kann der Betrug stärker eingedämmt werden.

---

<sup>4</sup> Vgl. Deutsche Stiftung Patientenschutz, Patientenschutz Info-Dienst, 8-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und zur Stärkung von Qualitätssicherung und Kontrollen in der Pflege, Ausgabe 4/2016, 24.05.2016, abrufbar unter: [https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/8-Punkte-Plan-Abrechnungsbetrug-Pflege\\_Patientenschutz\\_Info-Dienst\\_2016\\_04.pdf](https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/8-Punkte-Plan-Abrechnungsbetrug-Pflege_Patientenschutz_Info-Dienst_2016_04.pdf).

## 2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf IPREG Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### 2.1. Nr. 2 zu § 37c SGB V – Außerklinische Intensivpflege

#### 2.1.1. Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf schafft mit § 37c SGB V eine neue Spezialvorschrift für Versicherte mit einem außerklinischen, intensivpflegerischen Versorgungsbedarf: „Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbarer intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist.“<sup>5</sup> Dies liegt nach der Richtlinie insbesondere dann vor, wenn behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich sind.

Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sollen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 42, 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbringen, in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des SGB XI, oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches und in Wohneinheiten im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen, erbracht werden. Eine Unterbringung im Haushalt des Versicherten oder an einem sonst geeigneten Ort soll entprochen werden, wenn „die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist“<sup>6</sup>. Die Entscheidung, ob die Voraussetzungen gegeben sind, trifft die Krankenkasse nach vorheriger persönlicher Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege wird jedes Jahr durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkasse überprüft.

Die finanziellen Belastungen in stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit intensivem Betreuungsbedarf sind derzeit wesentlich höher als in der ambulanten Versorgung. Daher umfasst laut dem Gesetzentwurf die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung „die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung [...] die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches.“<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Gesetzentwurf GKV- IPREG, S. 7

<sup>6</sup> Gesetzentwurf GKV- IPREG, S. 8

<sup>7</sup> Gesetzentwurf GKV- IPREG S.8

## 2.1.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt grundsätzlich die Schaffung eines Spezialtatbestandes für Versicherte mit einem außerklinischen, intensivpflegerischen Versorgungsbedarf. Sie befürwortet, dass Kontrollen an allen Orten durchgeführt werden, in denen außerklinische Intensivpflege stattfindet, so auch zu Hause und in Wohneinheiten. So kann eine bestmögliche Versorgungsqualität für die intensivpflegebedürftigen Menschen geschaffen werden und Betrug und Missbrauch verhindert werden. Dies dient zum Schutz der Betroffenen. Allerdings sehen die Patientenschützer in § 37c SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfes noch Verbesserungsbedarf.

Problematisch ist vor allem, dass der Gesetzentwurf die außerklinische Intensivpflege im Haushalt oder in der Familie des Betroffenen nur dann ermöglichen will, wenn die fachgerechte Versorgung zu Hause „tatsächlich“ und „dauerhaft“ sichergestellt ist. Diese Begriffe sind rechtlich unbestimmt und lassen den Krankenkassen, die sie allein interpretieren können, zu viel Entscheidungsspielraum. Auch bleiben die Betroffenen über die konkrete Ausgestaltung der Entscheidungskriterien im Ungewissen. Damit wird eine sehr asymmetrische Situation hergestellt, weil die Betroffenen von der Definitionsmacht der Krankenkassen abhängig sind.

Bei der Entscheidung der Kassen wird immer auch die zwangsweise Umverteilung von Fachkräftenressourcen eine Rolle spielen. Gleich zweimal ist im Gesetzentwurf vom Fachkräftemangel als handlungsleitend die Rede. Da heißt es: „In Anbetracht des Fachkräftemangels im Pflegebereich bezweckt die Neuregelung auch eine sachgerechte Allokation vorhandener Ressourcen, um nicht zuletzt die besonders aufwändige Versorgung in der eigenen Häuslichkeit des Versicherten weiterhin ermöglichen zu können, ohne die Versorgung anderer Versicherter zu gefährden.“<sup>8</sup> Und: „Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels in den Pflegeberufen ist es wichtig, die vorhandenen Fachkräfte möglichst so einzusetzen, dass allen Versicherten eine bestmögliche Versorgung ermöglicht wird. Die stationäre Versorgung, die grundsätzlich einen effizienten Einsatz des vorhandenen Pflegepersonals ermöglicht, soll daher gestärkt werden.“<sup>9</sup> Damit macht der Entwurf klar, dass die Pflege in vollstationären Einrichtungen aus finanziellen und personellen Erwägungen zu bevorzugen ist. Dieser Eingriff ist unzulässig. Er widerspricht dem Prinzip der freien Arbeitsplatzwahl. Auch bei der Einzelfallentscheidung gegenüber dem Betroffenen darf dies keine Rolle spielen. Sonst wird die Selbstbestimmung der Patienten und der Pflegekräfte unzulässig diesem Motiv untergeordnet. Schließlich widerspricht das dem Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Die Patientenschützer fordern, dass die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und die Feststellung der Voraussetzungen genauer bestimmt und transparent gemacht werden. Für den Betroffenen muss die Begutachtung so wenig belastend wie möglich sein. Wenn Mängel festgestellt werden, darf dies nicht sofort zwangsläufig in eine stationäre Versorgung führen. Zusammen mit der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst müssen diese in einen angemessenen Zeitraum gemeinsam behoben werden, sofern keine unmittelbare Gefahr für Leib

---

<sup>8</sup> Gesetzentwurf GKV- IPREG S.25

<sup>9</sup> Gesetzentwurf GKV- IPREG S.28



und Leben besteht. Gerade das Kriterium der dauerhaften Sicherstellung der Versorgung kann vom Patienten kaum nachgewiesen werden. Auch ist zu befürchten, dass die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen mögliche Mängel des Pflegedienstes lieber in Kauf nehmen als zu melden, aus Angst davor, im Heim zu landen. Daher muss mit dem Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse auch das Leistungsangebot vor Ort ausgebaut werden, damit der Betroffene nicht einfach an eine stationäre Einrichtung verwiesen werden kann.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass es den Betroffenen in den seltensten Fällen möglich ist, sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse zur Wehr zu setzen. Es fehlt ihnen an Zeit, Geld und Kraft, um einen Widerspruch durchzustehen. Auch kann nicht hingegenommen werden, dass das übergeordnete Interesse an der wirtschaftlichen Mittelverwendung ausgerechnet bei Intensivpflegepatienten besonders in den Mittelpunkt gestellt werden soll. Deren Kraft, sich gegen einen schweren Eingriff durch den Gesetzgeber oder die Kostenträger oder gegen subtile Angriffe auf ihre Würde zur Wehr zu setzen, ist im Vergleich zu nicht schwerstkranken Patienten gering.

Für die Patientenschützer müssen daher in Bezug auf die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und die letztendliche Entscheidung der Krankenkasse noch einige Punkte geklärt werden. Es ist zu überprüfen, ob der Begutachtungsprozess zu sehr von der Kostenträgerseite ausgeht. Auch ist die Einrichtung einer Schiedsstelle oder die Hinzuziehung einer Vertrauensperson sinnvoll. Vor allem gilt es, die Rechte der Betroffenen zu stärken, insbesondere bei der Durchsetzung eines Widerspruchs.

Auch ist die Vorgabe der ständigen wiederholten Überprüfung des Beatmungsentwöhnungspotenzials nicht immer sinnvoll. Besonders für Patientengruppen, bei denen eine solche Entwöhnung nicht möglich ist, ist diese Regelung nicht tragbar. Dies betrifft vor allem Patienten mit einer hohen Querschnittslähmung oder Patienten, die an ALS im fortgeschrittenen Stadium leiden. ALS-Patienten müssen ab einem gewissen Krankheitsstadium, wenn sie es wollen, kontinuierlich beatmet oder tracheotomiert werden.

Seit Jahren wird der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen propagiert und gefördert. Doch in der außerklinischen Intensivpflege will der Gesetzgeber dieses Prinzip auf den Kopf stellen. Neben der pflegerischen Versorgung sollen künftig im stationären Bereich auch Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten übernommen werden. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz sieht darin eine Diskriminierung. Es kommt zu einer Wettbewerbsverzerrung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Dies wird noch verstärkt. So sollen die Krankenkassen per Satzung festlegen können, dass auch bei erfolgreicher Beatmungsentwöhnung die behandlungspflegerischen Leistungen weiterbezahlt werden.

## 2.2. Nr. 14 zu § 132j SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

### 2.2.1. Gesetzentwurf

Im Gesetzentwurf wird geregelt, dass die Rahmenempfehlungen für die Leistungen in der außerklinischen Intensivpflege zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern auf Bundesebene abgeschlossen werden müssen. Einheitliche Qualitätsvorgaben und Standards sollen zu mehr Transparenz und Verlässlichkeit beitragen. In den Vereinbarungen werden Inhalte und Umfang der Leistungen festgelegt. Beispielsweise Personalvorgaben, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung. Die Leistungserbringer werden zusätzlich verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen.

### 2.2.2. Stellungnahme

Aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz müssen die Anforderungen an die Rahmenempfehlungen weiter durch den Gesetzgeber ergänzt und konkretisiert werden. Besonders die Qualifikationsanforderungen des Personals gilt es, in der Rahmenvereinbarung genauer festzulegen. Die Patientenschützer schlagen hier verpflichtende jährliche Fortbildungen des Personals vor.

### 2.2.3. Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 14 zum neu eingefügten § 132j SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung – werden in Absatz 2 wie folgt geändert:

(2) In den Rahmenempfehlungen sind im Hinblick auf den jeweiligen Leistungsort nach § 37c Absatz 2 Satz 1 insbesondere zu regeln:

1. personelle Anforderungen an die pflegerische Versorgung einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs **und deren Qualifikationen**,
2. strukturelle Anforderungen an Wohneinheiten nach Absatz 5 Nummer 1 einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen,
3. Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordneten Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, dem Krankenhaus und weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich von Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Maßnahmen **zu jährlichen** Fortbildungen,



5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke § 302 jeweils zu übermittelnden Daten,
7. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlichen gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und
8. Maßnahmen bei Vertragsverstößen.



## 2.3. Nr. 16 c) zu § 275b SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

### 2.3.1. Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf erweitert die bisher bestehende Pflicht für Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V abgeschlossen haben, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen, auch auf die neuen Leistungserbringer, die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V anbieten und dazu Verträge nach § 132j Abs. 5 Nummer 1 oder 2 SGB V abgeschlossen haben. Dazu wird § 275b SGB V angepasst.

### 2.3.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt, dass die Leistungserbringer, die mit den Krankenkassen Verträge nach § 132j Abs. 5 SGB V abgeschlossen haben, auch unter die Regelungen zur Qualitätssicherung nach dem SGB XI fallen sollen.

Um die Zielsetzung des Gesetzentwurfs zur Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Versorgung und der Eindämmung der Missbrauchsmöglichkeiten noch besser zu erreichen, schlagen die Patientenschützer vor, dass die Überprüfungen der neuen Intensivpflege-Wohneinheiten nach § 132j Abs. 5 Nummer 1 SGB V immer in Anwesenheit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden stattfinden. Aufgrund der unterschiedlichen Regelungen in den heimrechtlichen Gesetzen der Länder kann aber nur dort die zuständige Behörde beteiligt werden, wo die neuen Wohneinheiten unter das Landesrecht fallen. Vorteil bei der Beteiligung der heimrechtlichen Behörden ist, dass diese bei gefährlicher Pflege eine Wohngruppe schließen können. Derzeit haben die Heimaufsicht und der Medizinische Dienst fast keine Kontrollbefugnisse. Die Pflegekassen selbst können solche Einrichtungen weder schließen noch sanktionieren.

Des Weiteren ist auf eine Harmonisierung der heimrechtlichen Bestimmungen in den Bundesländern hinzuwirken, sodass die Überprüfungen in Kooperation mit den zuständigen heimrechtlichen Behörden überall stattfinden können. In Nordrhein-Westfalen hat das Verwaltungsgericht Düsseldorf im Jahr 2017 eine Intensivpflege-WG, in der Rund-um-die-Uhr-Betreuung angeboten wurde, als stationäre Einrichtung angesehen.<sup>10</sup> Dies zeigt, dass auch in den Bundesländern Wege gesucht werden, um die Kontrollmöglichkeiten zu verbessern. Bisher beschränken sich die Regulierungen zumeist auf eine Melde- und Anzeigenpflicht.

---

<sup>10</sup> Vgl. VG Düsseldorf, Urteil vom 24.11.2017 – 26 K 6422/16.



### 2.3.3. Änderungsvorschlag

Art. 1, Nr. 16 c) zu § 275b SGB V. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 14“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch für Prüfungen bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132j Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 betreiben, und bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5 Nummer 2 abgeschlossen haben“ eingefügt.

**bb) Nach Satz 2 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:**

**„Die nach heimrechtlichen Vorschriften gegebenenfalls für Wohneinheiten nach § 132j Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 zuständige Aufsichtsbehörde ist durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. an den Prüfungen zu beteiligen.“**

cc) In Satz 3 werden die Wörter „dieser Wohneinheit“ durch die Wörter „der Wohneinheiten und vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2“ ersetzt.

dd) In den Sätzen 4 und 5 werden nach der Angabe „§ 132a Absatz 4“ jeweils die Wörter „oder nach § 132j Absatz 5“ eingefügt.