

Stand: 11.06.2020

## **Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zum Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)**

### **Vorbemerkung**

Der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) begrüßt die im vorliegenden Gesetzesentwurf aufgenommenen Regelungen, die Versorgung der außerklinischen Intensivpflege in spezialisierten Bereichen zu stärken. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) wurde bereits vor 12 Jahren der Anspruch auf häusliche Krankenpflege ausgebaut. Seit dem 01.04.2007 haben auch Versicherte in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI bei einem auf Dauer besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V. Problematisch ist jedoch das deutliche Ungleichgewicht der Finanzierung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung.

Mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) und den ersten beiden Pflegestärkungsgesetzen wurde der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gefördert und ambulante Wohngruppen sowie die Leistungsansprüche der Versicherten gestärkt. Der oft hochkomplexe und gesetzlich umfassender geregelte stationäre Pflegebereich (inklusive strenger Personalvorgaben, Qualitätsanforderungen, regelmäßige Überprüfung durch MDK und Heimaufsicht) wurde bisher vom Gesetzgeber vernachlässigt. Vor allem für Pflegebedürftige mit einem hohen oder besonders hohen Pflegebedarf, die Behandlungspflegeleistungen nach § 37 SGB V benötigen, ist die Wahlfreiheit des Ortes, an dem sie versorgt werden möchten, bis dato deutlich eingeschränkt.

Die finanzielle Belastung für Pflegebedürftige, deren Angehörige und Sozialhilfeträger ist im stationären Bereich für Intensivpflege aufgrund der oft zu geringen oder fehlenden Kostenübernahme durch die Kostenträger zu hoch, sodass sich die Betroffenen häufig für die Versorgung in ambulanten Einrichtungen entscheiden. Dort werden die Kosten der Behandlungspflege i.d.R. komplett von den Kostenträgern übernommen. Diese unterschiedliche Regelung der Refinanzierung führt bisher dazu, dass stationäre Pflegeeinrichtungen deutlich weniger von den Pflegekassen für die gleichen, hochkomplexen Pflegeleistungen vergütet bekommen, als im ambulanten und häuslichen Bereich, obwohl die stationären Pflegeeinrichtungen eine sehr hohe und kontrollierte Strukturqualität vorhalten, die entweder in Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V oder auch über landesrechtliche Rahmenverträge nach § 75 SGB XI festgeschrieben sind. Bereits im September 2016 hatte Prof. Lauterbach (SPD) auf die starken Wanderbewegungen in die ambulante Versorgung hingewiesen und Änderungen gefordert: *"Wir haben damals nicht bedacht, dass es so einen starken Sog auf die Patienten ausüben würde. Jetzt beobachten wir in kurzer Zeit eine enorme Zunahme der Kosten durch die ambulante Versorgung in Beatmungs-WGs bei gleichzeitiger Verschlechterung der Betreuungsqualität. Das müssen wir dringend ändern."*<sup>1</sup>

Der AGVP unterstützt daher das Ziel des Gesetzesentwurfes, die qualitätsgesicherte Versorgung pflegebedürftiger Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards zu stärken. Dennoch muss der Ausbau der stationären Versorgung und die Weiterbildung des Fachpersonals gefördert und die bedarfsgerechte Vergütung der hochspezialisierten Pflege sichergestellt werden.

<sup>1</sup> Zitatquelle: [www.wdr.de/daserste/monitor/extras/patientenverfuegung](http://www.wdr.de/daserste/monitor/extras/patientenverfuegung) (vom 08.09.2016)

**Zu obigem Entwurf nimmt der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) zu den einzelnen Paragraphen wie folgt Stellung:**

**Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

---

**Zu Abs. (1) § 37c**

Der AGVP begrüßt die Aufnahme konkreter Regelungen für die außerklinische Intensivpflege. Wichtig ist die Ergänzung in der Begründung, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis nicht verändert wird. Dies bedeutet, dass vor allem auch Versicherte im Wachkoma (Phase F) durch den neu einzufügenden Paragraphen erfasst werden.

Die in Abs. (1) vorgenommene Konkretisierung zur Reduzierung und Entwöhnung von Beatmungsmaßnahmen soll einen Anreiz darstellen, künftig verstärkt Maßnahmen in dem Bereich zu ergreifen. Wichtig ist, die in der Begründung zum Referentenentwurf ausgeführte Einbindung von qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten, die das Potenzial zur Entwöhnung einschätzen, denn nicht jede/r Beatmungspflichtige kann dauerhaft entwöhnt werden. Das Potenzial und der Prozess des Weanings muss grundsätzlich an die individuellen Bedürfnisse der Beatmungspatientin / des Beatmungspatienten angepasst werden und sowohl zugrunde liegende Erkrankungen als auch wichtige Begleiterkrankungen berücksichtigen.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) hat in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Lungenforschung e. V. das „WeanNet – Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningzentren“ gegründet und im Jahr 2010 mit der Zertifizierung von Weaningzentren begonnen. Des Weiteren hat die DGP nun bereits mehrfach ihre S2k-Leitlinie<sup>2</sup> zur Beatmungstherapie und Entwöhnung aktualisiert. Diese sollte unbedingt mit in die Begründung des Gesetzes aufgenommen werden, um den Pflegebedürftigen mit besonders hohem Bedarf die nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards hohe Versorgungsqualität zu ermöglichen.

Des Weiteren gilt es zu erheben, wo und wie viele solcher zertifizierter Entwöhnungszentren in Deutschland betrieben werden und wie viele Plätze zur Entwöhnung vorhanden sind, denn aktuell hat nicht jede/r beatmete Patient/in den Zugang zu einem strukturierten Weaning-Prozess in einem spezialisierten Weaningzentrum. Teilweise sind weite Fahrtwege zu absolvieren.

Unklar ist, ob die sogenannte Transferpflege im neuen § 37c inkludiert ist. Transferpflege wird vor allem dann genutzt, um die Lücke zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Rehaklinik oder der Entlassung und dem Beginn der häuslichen Pflege zu schließen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Transferpflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI angeboten werden. Diese Plätze können mit Bewohnern belegt werden, die aus der Intensivpflege im Krankenhaus direkt in die stationäre Pflegeeinrichtung kommen und entwöhnt werden können oder nach zweimaliger, negativer Vorstellung zur Entwöhnung im Krankenhaus in die stationäre „Dauerbehandlungspflege“ in den spezialisierten Bereich der außerklinischen Intensivpflege wechseln.

**Ergänzungsvorschlag zu Abs. (1):**

Der AGVP empfiehlt, die Aufnahme der sogenannten Transferpflege in den § 37c SGB V, da dadurch häufig eine Versorgungslücke geschlossen und den Pflegebedürftigen eine professionelle, bedarfsgerechte Behandlungspflege zugutekommt. Die Finanzierung kann über einen integrierten Versorgungsvertrag gemäß SGB V sichergestellt werden.

---

<sup>2</sup> [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-015l\\_S2k\\_Prolongiertes\\_Weaning\\_2019\\_09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-015l_S2k_Prolongiertes_Weaning_2019_09.pdf)

Es wird ebenfalls empfohlen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und Intensivpflege-Wohngemeinschaften, die Beatmungspatientinnen/en versorgen, für die Entwöhnung die Kooperation mit zertifizierten Weaningzentren nachweisen. Des Weiteren muss sichergestellt werden, dass die aktuellen Leitlinien zur medizinischen und fachpflegerischen Versorgung von Intensivpflegepatientinnen/en in der außerklinischen Versorgung eingehalten werden.

### **Zu Abs. (2) § 37c**

Die Stärkung der regelhaften Versorgung von außerklinischer Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen nach den §§ 42 und 43 SGB XI oder in qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohngemeinschaften und weiteren Einrichtungen nach dem Punkt 4. soll zur Erhöhung der Versorgungsqualität der Pflegedürftigen beitragen. Die außerklinische Intensivversorgung erfordert jedoch auch speziell ausgebildetes und hochqualifiziertes Fachpersonal. Eine höhere Qualifizierung bedingt eine entsprechende Vergütung. Diese darf nicht als unwirtschaftlich von den Kostenträgern abgelehnt werden, was dankenderweise in den §§ 111 und 111c SGB V im Gesetzentwurf aufgenommen wurde. Die Regelungen aus dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) sollten auch hier gelten: Zusätzliche Pflegestellen für die Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen können mit den Krankenkassen vereinbart und entsprechend vergütet werden.

Um die stationären Plätze, vor allem auch für junge intensivpflegebedürftigen Menschen, für die außerklinische Intensivpflege zu erhöhen, muss der Auf- und Ausbau stationären Versorgungskapazitäten gefördert werden. Vor allem in ländlichen Regionen sind sehr lange Fahrtwege bis zur nächstgelegenen spezialisierten Einrichtung notwendig. Dies sollte auch in die Prüfung hinsichtlich der Zumutbarkeit einfließen, um den sozialen Kontakt mit Angehörigen weiter zu ermöglichen. Leitliniengerecht ist zu beachten, dass die außerklinische Wohn- und Versorgungsform primär vom Wunsch des Beatmeten und den familiären Ressourcen abhängt (vgl. Kapitel 6.1 der S2k-Leitlinie). Des Weiteren sollte bei der Beurteilung des Pflegeortes die Entfernung zu zertifizierten Weaningzentren sowie die qualifizierte therapeutische Versorgung bei der Versorgung der außerklinischen Intensivpflege mit einbezogen werden.

### **Verfahrensvorschlag zu Abs. (2):**

Der AGVP regt an zu überprüfen, ob die Förderung und Refinanzierung der zusätzlichen 13.000 Stellen in der stationären Pflege zur Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen auch für die Erbringung außerklinischer Intensivpflege ausgeweitet werden kann. Die Refinanzierung sollte ebenfalls auf die Weiterbildung von Pflegefachkräften zur Erlangung der notwendigen Qualifikationen zur Erbringung außerklinischer Intensivpflege ausgedehnt werden.

### **Zu Abs (3) und (4) § 37c**

Wie bereits in der Vorbemerkung dargestellt, wurde mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) und auch den ersten beiden Pflegestärkungsgesetzen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiter gefördert und damit auch die ungleiche Finanzierung gleicher Leistungen. Die Finanzierung und damit auch die finanzielle Belastung der Betroffenen hängt bis dato vom Ort der Leistungserbringung ab. Während in der Häuslichkeit und in ambulanten Wohngruppen die Leistungsansprüche der Versicherten gesetzlich gestärkt wurden, werden Bewohner mit besonders hohem Pflegebedarf in stationären Pflegeeinrichtungen deutlich benachteiligt und müssen oft sehr hohe Kosten aus eigener Tasche zahlen. Der hochkomplexe und gesetzlich umfassender geregelte stationäre Pflegebereich (inklusive strenger Personalvorgaben,

Stand: 11.06.2020

---

Qualitätsanforderungen, regelmäßige Überprüfung durch MDK und Heimaufsicht) wurde bisher vom Gesetzgeber vernachlässigt.

Die Vergütung der Behandlungspflege mit besonders hohem Bedarf im stationären Pflegebereich ist sehr heterogen. Dies liegt u.a. daran, dass der Gesetzgeber bei der Novellierung des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V im Jahr 2007 offengelassen hat, in welcher Höhe eine Vergütung zu erfolgen hat. Die zu zahlende Vergütung nach Abs (3) des neuen § 37c SGB V muss dem Gesetzeswillen, die schwer pflegebedürftigen Bewohner und deren Angehörige von den enormen finanziellen Aufwendungen zu entlasten, gerecht werden.

Ebenso dürfen die Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen, die bereits aufgrund einer Einzelfallentscheidung ihrer Krankenkasse oder aufgrund eines Vertrags nach § 132a Abs. 2 SGB V der stationären Pflegeeinrichtung mit den Krankenkassen über höhere Kostenerstattungen der außerklinischen Intensivpflege verfügen, nicht finanziell benachteiligt werden. Die neue gesetzliche Regelung darf somit nicht zu Lasten Dritter gehen.

Bedingung für die Zahlung einer vertraglich vereinbarten Vergütung ist, dass der MDK den Bedarf von besonderer Behandlungspflege bei einem Betroffenen überhaupt anerkennt und bestätigt, damit die Kassen die Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege bewilligen. Es kommt daher auch vor, dass die Anspruchsberechtigung im stationären Pflegebereich vom MDK negativ bewertet wird und die Bewohner somit keine Vergütung für die pflegerischen Leistungen trotz des besonders hohen Pflegebedarfs erhalten. Die Präzisierung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V ist daher zwingend notwendig, da laut Ablehnungsbescheiden des MDK die in § 1 Abs. 7 der in der Richtlinie ausgewiesenen Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen würden.

Im ambulanten Bereich wird der Bedarf außerklinischer Intensivpflege in der Regel positiv durch den MDK entschieden und die Kosten für die aufwändige Behandlungspflege von den Kostenträgern bis zu 100 Prozent übernommen. Durch die bisherige komplette Kostenübernahme im ambulanten Bereich präferieren die Angehörigen der Betroffenen bis dato dieses Versorgungsangebot. Mehrmals konnte dargelegt werden, dass die Finanzierung der Behandlungspflegeleistungen im stationären im Vergleich zum ambulanten Bereich erhebliche Einsparungen für die Pflegekassen und den Sozialhilfeträger bedeuten würde. Daher begrüßt der AGVP ausdrücklich die Limitierung der Zuzahlung für die intensivpflegerische Versorgung in der stationären Pflege.

Es ist jedoch zu bedenken, dass die Kosten für stationäre Pflegeeinrichtungen und weitere Einrichtungen nach den Punkten 1 bis 3 des Absatzes (2) nach 28 Kalendertagen für die außerklinische, intensivpflegerische Versorgung nicht abnehmen. In den entsprechend zu schließenden Vergütungsverträgen muss der Wegfall der Zuzahlung ab dem 29. Kalendertag in den Vergütungssätzen für die stationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 42 und 43 SGB XI sowie den Einrichtungen in den Punkten 2. und 3. berücksichtigt werden. Vergütet werden müssen die speziell benötigten Hilfsmittel für die außerklinische Intensivpflege und die pflegerischen Leistungen der Behandlungspflege mit besonders hohem Bedarf nach dem neuen § 37c SGB V.

**Ergänzungsvorschlag:**

Es gilt darauf zu achten, dass die durch die wegfallende Zuzahlung entstehenden finanziellen Mehrbelastungen den erbringenden Einrichtungen von der GKV erstattet werden. Der AGVP schlägt daher vor, eine entsprechende Ergänzung in die Begründung des Gesetzes mit aufzunehmen.

Verfahrensvorschläge:

Es gilt zu überlegen, die Vergütung statt auf Diagnosen an den notwendigen intensivpflegerischen Behandlungspflegeleistungen, wie die Versorgung von Tracheostoma und Beatmung, zu orientieren. Dadurch würden auch Pflegebedürftige mit anderen Krankheitsbildern, z.B. Maskenbeatmung, in der Vergütung der außerklinischen Intensivpflege berücksichtigt.

Wie bereits beschrieben, sollte der Gesetzgeber die Lücken in der Bescheidung einer behandlungspflegerischen Versorgung bei besonders hohem Bedarf schließen. Die Präzisierung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V ist daher zwingend notwendig.

**Zu § 40 Abs. (3) b) aa)**

Der AGVP begrüßt die Stärkung der vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation. In der Ergänzung des Satzes 1 im Absatz 3 fehlt eine Orientierung, in welchem Zeitraum die Krankenkasse ihre Entscheidung mitteilen wird. Im § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V ist bereits festgelegt, dass die gesetzliche Krankenkasse generell innerhalb von drei Wochen über einen Antrag entscheiden muss. Ist ein Gutachten einzuholen, verlängert sich die Entscheidungsfrist auf fünf Wochen.

Ergänzungsvorschlag:

Der AGVP schlägt vor, den Verweis zur Entscheidungsfrist wie folgt in die Einfügung nach Satz 1 mit aufzunehmen:

*„Von der Krankenkasse wird [...] Die Krankenkasse teilt den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung **gemäß der gesetzlich zu beachtenden Frist nach § 13 Abs. 3a SGB V** in schriftlicher oder elektronischer Form mit und begründet die Abweichungen von der Verordnung. [...]“*

**Zu § 111 neuer Absatz (7)**

Der AGVP begrüßt die Festlegung von Rahmenempfehlungen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer der medizinischen Reha-Leistungen maßgeblichen Verbände. Im neuen Absatz (7) ist jedoch keine Frist gesetzt, bis wann die Rahmenempfehlungen erfolgt sein müssen.

Ergänzungsvorschlag:

Der AGVP schlägt vor, ähnlich wie im § 111b Abs. (6) bereits eingefügt, folgende Frist als Ergänzung im §111 Abs. (7) vorzunehmen:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und [...] Kommen Rahmenempfehlungen **bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des siebten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]** ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den Rahmenempfehlungsinhalt fest.“*

**Zum neuen § 111b Absatz (6)**

Die Fristsetzung in Absatz (6) sollte näher konkretisiert werden, um ein zügiges Schiedsstellenverfahren zu unterstützen.

Stand: 11.06.2020

---

Ergänzungsvorschlag:

Der AGVP schlägt folgende Ergänzung im Abs. (6) des neuen § 111b SGB V vor:

*„[...] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des Weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine **angemessene** Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. [...]“*