

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)155(29)
gel. ESV zur öAnh am 17.6.2020 -
GKV-IPReG
16.6.2020

Horst Frehe
Am Dammacker 7
28201 Bremen
Bremen, 16.06.2020

Horst Frehe Am Dammacker 7 28201 Bremen

An den
Deutschen Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
z.Hd.v. Frau Jasmin Holder
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Stellungnahme als Sachverständiger

im Rahmen der Anhörung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) BT-Drucksache 19/19368“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zu dem o.g. Entwurf (GKV-IPReG) möchte ich als Einzelsachverständiger wie folgt Stellung nehmen:

1. Ziel der GKV-IPReG

„Ziel der Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege ist es,

- die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen und diesen durch eine sachgerechte Allokation vorhandener Ressourcen Rechnung zu tragen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.“

Dazu soll das GKV-IPReG die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege in § 37c SGB V überführen. Die Leis-

tung soll künftig durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verordnet und an besondere Voraussetzungen geknüpft werden.

2. Bisherige Rechtslage

Bisher regelt § 37 SGB V die „**Häusliche Krankenpflege**“, als ärztlich verordnet die Leistungen durch geeignete Pflegekräfte in der Form der Verhinderungs- und Vermeidungspflege, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist und vermieden oder verkürzt werden kann. Der Anspruch ist in den letzten Jahren immer wieder verändert, z.B. durch die Leistung der häuslichen Krankenpflege nach einer ambulanten Operation (§ 37 Abs. 1a SGB V), und auf andere Bereiche als der eigenen Häuslichkeit erweitert worden, z.B. auf Leistungen in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten. Der Anspruch ist grundsätzlich zeitlich begrenzt und umfasst die Bereiche der Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung.

Für den Bereich der **Behandlungspflege** nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird ein Anspruch zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung an den verschiedenen Lebensorten konstituiert, der grundsätzlich nicht zeitlich begrenzt ist. Dieser Anspruch kann im eigenen Haushalt, in der Familie oder an einem sonst geeigneten Ort realisiert werden. Zu dieser offenen Definition des „sonst geeigneten Ortes“ gehören insbesondere betreute Wohnformen, Schulen, Kindergärten und bei besonders hohem Pflegebedarf auch Werkstätten für behinderte Menschen und zeitlich begrenzt auch Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI, wenn ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

Unter **Behandlungspflege** werden allgemein alle Tätigkeiten verstanden, die auf ärztliche Verordnung hin von Pflegekräften aus der Gesundheits- und Altenpflege durchgeführt werden und entsprechende Fachkenntnisse voraussetzen. Darunter fallen Tätigkeiten wie die Wundversorgung, der Verbandswechsel, die Medikamentengabe, die Dekubitus-Behandlung oder die Blutdruck- und Blutzuckermessung. Ob mit dem Begriff **medizinischer Behandlungspflege** in § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V eine weitere Qualifizierung der Behandlungspflege oder lediglich eine Abgrenzung zu der Grundpflege in den Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI gemeint ist, die auch einfache Behandlungspflegeleistungen wie z.B. Hilfe beim Anziehen von Kompressionstrümpfen oder die Medikamentenvergabe mitumfasst, bleibt offen. Die Unterscheidung mit den Begriffen „besonders hoher Bedarf“ soll sicherlich signalisieren, dass einfache Verrichtungen der Behandlungspflege noch keinen Anspruch in einer Pflegeeinrichtung auf Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V konstituieren sollen. Als Leistung nach § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V wird bisher die Behandlungspflege in einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 43a SGB XI bestimmt, die eine ständige Überwachung und Versorgung durch qualifizierte Pflegefachkräfte erfordert. Sie soll wohl künftig in § 37c SGB V-neu geregelt werden.

3. Der Begriffe der „Behandlungspflege“ und „medizinische Behandlungspflege“

Gleichwohl könnte die unterschiedliche Verwendung der Begriffe „**Behandlungspflege**“ und „**medizinische Behandlungspflege**“ ohne gesetzliche Legaldefinition in der Rechtsprechung zu Unterscheidungen führen, die der einfache Rechtsanwender nicht aus den Begriffen ableiten kann. Um keine Lücken bei den Behandlungsansprüchen aufkommen zu lassen, sollte auf die Unterscheidung ‚Behandlungspflege‘ und ‚medizinischer Behandlungspflege‘ verzichtet und lediglich die Abgrenzung zur Grundpflege vollzogen werden. Unter Behandlungspflege wie auch medizinischer Behandlungspflege sollte eine Tätigkeit verstanden werden, die in der Regel eine qualifizierte medizinische Ausbildung, eine berufsbegleitende Qualifikation oder eine fachliche Anleitung und Kontrolle voraussetzt. Soweit die Tätigkeit in vol-

ler Eigenverantwortung des Pflegebedürftigen oder seiner Angehörigen im Rahmen des Arbeitgebermodells als ‚Persönliche Assistenz‘ ausgeübt wird, kann allerdings von einer solchen Berufsqualifikation abgesehen werden. Es reicht eine fakultative Überprüfung der Umsetzung der Qualitätsstandards durch den ‚MDK‘ aus, da der/die pflegebedürftige Arbeitgeber*in in eigener Verantwortung die Anleitung und Qualitätsüberwachung übernimmt. Um die Unterscheidung zur Grundpflege deutlich zu machen und keine weitere Differenzierung zwischen ‚Behandlungspflege‘ und ‚medizinischer Behandlungspflege‘ zuzulassen, sollen die Begrifflichkeiten in den §§ 37, 37b SGB V und § 37c SGB V-neu einheitlich verwendet werden. Sollte eine Differenzierung gewollt sein, bedarf es dafür Legaldefinitionen. Ich halte eine Differenzierung aber für entbehrlich.

4. Der Begriff der „Außerklinische Intensivpflege“

Mit der Neuregelung des **§ 37c SGB V-neu** soll in Abgrenzung zur allgemeinen Behandlungspflege in § 37 Abs. 2 SGB V bei besonders hohem Bedarf ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege geschaffen werden, „wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist.“ Als klassischer Fall gerät die Beatmungspflege in den Blick, die eine ständige Überwachung der technischen Funktionalität der Geräte und der Körperreaktionen erfordert. Nach allgemeinem Verständnis liegt bei der Notwendigkeit der „Intensivpflege“ ein Verlust oder eine Einschränkung von Körperfunktionen vor, die in sehr kurzen Abständen oder ständig, überwacht oder kompensiert werden müssen. Dieses findet häufig in der klinischen Behandlung z.B. nach schweren Operationen statt. An dieser Vorstellung knüpft der Entwurf an. Der Begriff „außerklinisch“ legt dabei nahe, dass der Regelfall die klinische Versorgung ist. Die „außerklinische Intensivpflege“ soll der klinischen Behandlung zeitlich nachfolgen oder sie ersetzen.

Der Bedarf erwächst aber häufig z.B. bei progressiver Muskeldystrophie ohne eine vorherige stationäre Behandlung durch den sukzessiven Ausfall von Körperfunktionen. Da hier nicht zwei Leistungsansprüche, die Krankenhausbehandlung und die Behandlung in der eigenen Häuslichkeit oder in besonderen Wohnformen gegeneinander abgegrenzt werden sollen, sollte auf diese nicht erforderliche und möglicherweise irreführende Qualifizierung „außerklinisch“ verzichtet werden. Es reicht die Überschrift für diesen Paragraphen „Intensivpflege“.

Mit der Koppelung des Anspruchs an die ständige Anwesenheit der Pflegekraft zur Kontrolle oder zum spontanen Einsatz in der Pflegesituation ist der Unterschied zur Behandlungspflege rechtlich hinreichend vollzogen. Gegen eine solche Leistungsdifferenzierung bestehen daher aus meiner Sicht grundsätzlich keine Bedenken. Gleichwohl muss geprüft werden, ob dadurch die beabsichtigte Qualitätsverbesserung und Zielgenauigkeit der Unterstützung auch erreicht wird.

5. Ort der Leistungserbringung

Grundsätzlich stellt der Entwurf einen Fortschritt gegenüber Vorentwürfen dar, die die stationäre Leistungserbringung deutlich bevorzugten. Die von den Betroffenen selbst oder ihren Angehörigen gesteuerte Intensivpflege stellt in der Regel eine bessere qualitätsgesicherte Versorgung dar, als die stationäre oder halbstationäre Leistungserbringung. Insbesondere in der Beatmungspflege können in der eigenen Häuslichkeit mit festem Personal Fehler und Mängel vermieden werden, die in der stationären Versorgung regelmäßig durch Personalwechsel, Dienstpläne, Kompetenzfragen usw. auftreten. Bei Menschen mit einer fortschreitenden Erkrankung hängt die gesundheitliche Versorgung immer auch von den Lebensumständen ab, unter denen die Intensivpflege erbracht wird. Die eigene Häuslichkeit ist dabei medizinisch wie sozial immer ein besserer Ort als eine Pflegeeinrichtung oder eine Pflege-

wohngemeinschaft. Die Selbstbestimmung im Alltag ist die Grundlage für eine qualitativ gute Versorgung mit der erforderlichen Intensivpflege. Daher ist die eigene Organisation der Assistenz im ‚Arbeitgebermodell‘ auch einer Versorgung durch einen Pflegedienst vorzuziehen.

Der Entwurf behandelt die verschiedenen Leistungsorte in § 37c Abs. 2 SGB V-neu grundsätzlich gleich. Wichtig ist auch der Zusatz in § 37c Abs. 2 Satz 2 SGB V-neu, das es wesentlich auf das Wunsch- und Wahlrecht des/der Leistungsberechtigten ankommt. Das Wunsch- und Wahlrecht wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass „die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann.“ Damit geht der Sicherstellungsauftrag für eine qualifizierte Leistung von der Krankenkasse auf den/die Leistungsberechtigte*n über. Der/Die Leistungsberechtigte hat im Rahmen einer Überprüfung des MDK in der eigenen Häuslichkeit nachzuweisen, dass die Leistungserbringung in der erforderlichen Qualität auch erbracht werden kann. Zwar ist nachvollziehbar, dass im Falle der Verweigerung des Zutritts zur eigenen Wohnung berechtigte Zweifel an einer qualifizierten Leistungserbringung entstehen können. Eine Feststellung einer ausreichenden qualitativen Versorgung kann aber auch außerhalb der Versorgung vorgenommen werden. Die Last des Nachweises der Möglichkeit einer dauerhaften Sicherstellung in der eigenen Wohnung, verschiebt die Beratungsverpflichtung, die Unterstützungsnotwendigkeit und den Versorgungsauftrag in unzulässiger Weise von der verpflichteten Krankenkasse auf den/die Leistungsempfänger*in. Die Krankenkasse hat grundsätzlich bei Leistungsmängeln für Abhilfe zu sorgen – wie an anderen Leistungsorten und bei anderen Leistungserbringern auch!

Das Wunsch- und Wahlrecht sollte unabhängig von dieser Nachweispflicht formuliert werden. Gleichwohl ist eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der Versorgung und Beratung zu deren Verbesserung sehr sinnvoll. Das Spannungsverhältnis von Qualitätssicherung und Persönlichkeitsrechten der Leistungsberechtigten könnte wie folgt gelöst werden:

„Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung richten, ist zu entsprechen. Der Medizinische Dienst überprüft auf Veranlassung der Krankenkasse jährlich durch persönliche Begutachtung, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistungserbringung tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. Kommt der Medizinische Dienst zu dem Ergebnis, dass die medizinische und pflegerische Versorgung nicht tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist, schafft die Krankenkasse Abhilfe am Ort der Leistungserbringung. Die Versicherten erhalten das Ergebnis der Prüfung zur Kenntnis. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die medizinische und pflegerische Versorgung nicht tatsächlich und dauerhaft gewährleistet ist, kann sie die Überprüfung nach Satz 3 zu einem früheren Zeitpunkt veranlassen. Die Leistung an einem Leistungsort kann versagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an einem anderen Ort verwiesen werden, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten durch die oder den Versicherten oder durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechtigte Person nicht erteilt wird und dadurch die Überprüfung der Qualität der Leistung nicht möglich ist.“

6. Personalauswahl

Das Modell der ‚Persönlichen Assistenz‘ zeichnet sich dadurch aus, dass die/der Assistenznehmer*in die Auswahl der Assistenzkräfte selbst vornimmt (Personalkompetenz), den Einsatz organisiert (Organisationskompetenz), die Verrichtung anleitet (Anleitungskompetenz) und über den Ort der Leistungserbringung entscheidet (Raumkompetenz). Dieses kann so-

Horst Frehe
Am Dammacker 7
28201 Bremen
Bremen, 16.06.2020

wohl im Rahmen des sog. ‚Arbeitgebermodells‘ als auch über eine genossenschaftliche Leistungserbringung durch ‚Assistenzgenossenschaften‘ erfolgen. Entscheidend ist, dass die Leistungserbringung nicht fremdbestimmt, sondern selbstbestimmt erfolgen kann, damit Leistungsberechtigte ihr Leben gestalten können und nicht von den Entscheidungen der Einrichtung oder des Dienstes abhängig sind. Eine solche Gestaltungsmöglichkeit hängt wesentlich von den Möglichkeiten zur Personalgewinnung ab. Dazu müssen die finanziellen Ressourcen in gleicher Weise bereitgestellt werden, wie in institutionalisierten Leistungsformen. Wesentlich ist daher die Möglichkeit zu einer tariflichen oder ortsüblichen Bezahlung der Intensivpflegekräfte.

Da die Intensivpflegekräfte z.B. im Falle der Beatmung nicht nur die Überwachung der Geräte und des gesundheitlichen Zustandes des Assistenznehmers bzw. der Assistenznehmerin umfasst, sondern auch die gesamte Grundpflege zu erbringen haben, ist eine funktionale Trennung der Leistungsbereiche nicht sinnvoll bzw. unmöglich. § 37 Abs. 4 SGB V sieht daher in der häuslichen Krankenpflege vor, dass dem/der Versicherten die Kosten für eine selbst beschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten sind, wenn die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann oder Grund dafür besteht, davon abzusehen. In der selbstorganisierten Intensivpflege gibt es diesen Grund von einer Personalstellung abzusehen. Eine solche Vorschrift oder ein Verweis auf diese Vorschrift muss dringend in den § 37c SGB V-E aufgenommen werden. Der Verweis könnte wie folgt gefasst werden:

„§ 37 Absatz 4 gilt entsprechend.“

Gelingt es nicht mit der Neufassung des Anspruches in § 37c SGB V-neu eine selbstorganisierte und selbstbestimmte Intensivpflege zu ermöglichen, muss mit massiven Verschlechterungen insbesondere der selbständig lebenden behinderten Menschen mit Beatmungspflege gerechnet werden. Dieses hätte dramatische Folgen für ihre Lebenserwartung und Lebensqualität. Gerade in der gegenwärtigen Lage der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass nahezu 50 % der an Corona Verstorbenen in Alten-, Behinderten- und Pflegeheimen gelebt haben. Diese Einrichtungen wurden für sie zur tödlichen Falle. Ihre Persönlichkeitsrechte wurden entscheidend weiter eingeschränkt, als für alle diejenigen, die ihre Pflege außerhalb der Einrichtungen organisiert haben.

Eine faktische Verweisung auf Einrichtungen und Dienste wegen unzureichender finanzieller Ausstattung für eine selbstbestimmte Organisationsform der Intensivpflege im ‚Arbeitgebermodell‘ oder zu große Hürden an die formale Qualifikation des zu beschäftigenden Personals, wäre eine massive Verletzung der Menschenrechte, wie sie in Artikel 19 UN-BRK festgelegt sind. Mit dem Progressionsvorbehalt der UN-BRK verbietet es sich, Regelungen zu schaffen, die die Lebensperspektive und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen weiter einschränken.

Der gegenwärtige Gesetzentwurf verschlechtert massiv die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen z.B. mit Beatmungsnotwendigkeit bei einer fortschreitenden Beeinträchtigung, die ihre Intensivpflege selbst zu Hause organisieren und nicht Pflegeeinrichtungen leben oder ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen. Mit den aufgezeigten Änderungen könnte eine solche Entwicklung vermieden und würden die Gesetzesziele dennoch erreicht werden.

Mit freundlichen Grüßen

Horst Frehe