



Stellungnahme vom 15.08.2019 der Fachgesellschaft KNAIB e.V. zum vorliegenden Referentenentwurf der Bundesregierung

Die Fachgesellschaft KNAIB begrüßt die Initiative der Bundesregierung, Qualität und Selbstbestimmtheit der Betroffenen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu stärken, sowie die Rehabilitationsmöglichkeiten zu verbessern.

Wir kennen die korrespondierenden Problemfelder der Intensivpflege und fordern eine hohe Qualität in dem Versorgungssegment der außerklinischen Intensivpflege - für alle beteiligten Berufsgruppen im Sinne der Betroffenen und beruflich Pflegenden. Jedoch müssen wir feststellen, dass dieser Entwurf allem Anschein nach aus anderen Motiven heraus zweckentfremdet wurde.

In dem vorliegenden Referentenentwurf der Bundesregierung (Stand: 24.07.2019) eine Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes – RISG wird in den Ausführungen in Teil A Problem und Ziel der Anspruch der gesetzlich Versicherten auf umfassende Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach den anerkannten medizinischen Standards bestätigt und dieser zur Grundlage der weitergehenden Überlegungen gemacht. Ein Schwerpunkt hierbei sind neben den Leistungen der medizinischen Rehabilitation, auf welche hier nicht eingegangen werden soll, die leistungsrechtlichen Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege. Ohne dass im Einzelnen darauf eingegangen wird unterstellt der Entwurfsverfasser Fehlversorgungen, insbesondere im ambulanten Bereich, spricht von erheblichen Vergütungsunterschieden zwischen ambulanten und stationären Versorgern mit Fehlanreizen in der Leistungserbringung und schlussfolgert hieraus den Bedarf an einer Gesetzesnovellierung. Explizit angesprochen werden für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege Neuregelungen um

- besondere Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards zu gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

Nach der derzeitigen Rechtslage und der hierzu ergangenen, zwischenzeitlich gefestigten Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit bis hin zum Bundessozialgericht, basierend auf dessen Leitentscheidung aus Urteil vom 10.11.2011 (2005) (Az. B 3 KR 38/04 R) steht fest, dass die ständige Krankenbeobachtung (häusliche Intensivpflege) Teil der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V ist, wenn diese im Einzelfall notwendig wird um bei lebensbedrohlichen Zuständen sofort eingreifen zu können. Der Leistungsanspruch folgt, wie das Gericht ausdrücklich feststellte, aus höherrangigem Recht, hier dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, woraus das Gericht und die spätere Formulierung des § 37 Abs. 2 SGB V den Vorrang ambulant vor stationär herleitet,



welcher auch nicht durch die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 SGB V eingeschränkt werden kann.

Nach der derzeitigen Rechtslage besteht der Anspruch der Versicherten auf häusliche Krankenpflege in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Eine Differenzierung in Bezug auf Alter oder sonstige persönliche Kriterien, insbesondere eine Zumutbarkeit bei der Auswahl des Versorgungsortes, sieht das Gesetz nicht vor, so dass die Versicherten unabhängig vom Behandlungsbedarf die notwendigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege an den im Gesetz genannten Orten in Anspruch nehmen können. Hierzu gehören nach der Rechtsprechung z.B. auch Versorgungen an Urlaubsorten im In- und europäischen Ausland. Der Rechtsanspruch folgt der Anerkennung der Grundrechte, insbesondere in Bezug auf die Freizügigkeit nach Art. 11 GG, das allgemeine Persönlichkeitsrecht gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art 1 Abs. 1 GG sowie die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG

Wenn nunmehr durch den Gesetzesentwurf beabsichtigt ist, Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege (Intensivpatienten) aus dem umfassenden Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 2 SGB V durch Einfügung eines dortigen Satz 3 herauszunehmen und für diese in § 37 c SGB V gesonderte Regelungen zu schaffen, so ist hiermit nicht eine Verbesserung der jetzigen Rechtssituation, sondern eine massive Einschränkung der Rechtsstellung verbunden.

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bedeutet die Ausgliederung faktisch eine Umkehr des bisherigen Anspruchs auf freie Wahl des Leistungsortes und mithin eine Umkehr des bisherigen Grundsatzes ambulant vor stationär, da diesen fortan häusliche Krankenpflege (mit Ausnahme der vorgesehenen Bestandsschutzregelung) in dessen Haushalt, Familie oder sonstigem geeigneten Ort nur noch dann gewährt wird, wenn eine Versorgung in stationärer Pflegeeinrichtung oder Wohneinheit nicht möglich ist oder ihm diese nicht zugemutet werden kann. Den Nachweis der Unzumutbarkeit hat der Versicherte zu erbringen, so dass dieser fortan nicht nur veranlasst ist, den Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung häuslicher Krankenpflege im Sinne einer ständigen Krankenbeobachtung zur Vermeidung lebensbedrohlicher Zustände zu erbringen, sondern im einzelnen auch darzulegen und nachzuweisen, dass ihm eine außerhäusliche Versorgung aus persönlichen, familiären oder örtlichen Umständen unzumutbar ist. Der Versicherte wird sich hier umfassend gegenüber den Kostenträgern erklären müssen, wobei diesem nach der Formulierung ein Ermessensspielraum verbleibt. Es steht zu vermuten, dass die Versorgung in der Häuslichkeit kaum noch darzulegen und nachzuweisen sein wird.



Nur bei Kindern wird nicht regelhaft die Unzumutbarkeit unterstellt, wobei auch bei diesen nach der Gesetzesformulierung der Kostenträger die Möglichkeit haben, den Gegenbeweis zu erbringen respektive die Regelvermutung zu erschüttern. Ermittlungen der Kostenträger zu den persönlichen, familiären und örtlichen Verhältnissen sind daher zu erwarten.

Auffällig ist im Zusammenhang mit der Formulierung des § 37 c Abs. 2 SGB V, dass aus diesem die nach § 37 Abs. 2 SGB V zulässigen Versorgungsorte wie Schulen, Kindergärten und Werkstätten ausgenommen wurden, so dass auch insoweit unabhängig vom Alter der versorgten Versicherten eine dortige Versorgung nicht mehr vom Anspruch auf häusliche Krankenpflege erfasst sind. Offenbar sollen hier die Leistungen der Integration von den Versicherten in Anspruch genommen werden, was deren Rechtsstellung erheblich einschränkt.

Die Leistungsbewilligung und Art und Umfang der Leistungen der Integration unterscheiden sich erheblich von denen der Rechte aus dem SGB V.

Das erklärte Ziel dem besonderen Bedarf intensivpflegebedürftiger Versicherter Rechnung zu tragen, wird daher bereits aus diesem Grund verfehlt.

Die in § 38 c Abs. 1 S. 2 SGB V vorgesehene Einschränkung, wonach für die Verordnung der entsprechenden Leistungen nicht mehr der allgemeine Kassenarztvorbehalt, sondern ein solcher „qualifizierter Vertragsärzte“ vorgesehen ist, stellt die Versicherten, die bereits heute Schwierigkeiten bei der Stellung einer hausärztlichen Versorgung haben, vor das faktische Problem, einen „qualifizierten“ Vertragsarzt zu finden, der die zu verordnende häusliche Intensivpflege verantwortet und attestiert. Ob vor dem Hintergrund des Ärzte- / Fachärztemangels die Versorgungsqualität durch die Regelung erhöht wird, mag bezweifelt werden.

Auch die Regelung in § 37 c Satz 3 SGB V, wonach in den Richtlinien nach § 92 SGB V der Inhalt und Umfang der Leistungen und weitere Voraussetzungen geregelt werden sollen, ist nicht notwendig, zumal die entsprechenden Regelungen / Kompetenzen, wenn nicht bereits heute bestehen, sondern in den Kompetenzkatalog der Regelungen des § 92 SGB V hätten aufgenommen werden können. Insoweit sind sicherlich Konkretisierungen zum Zwecke einer bundesweit einheitlichen Versorgungsstruktur notwendig. Mit den Leistungsansprüchen der Versicherten besteht hier allerdings kein direkter Zusammenhang, so dass die Verortung der Regelung in den § 37 SGB V nicht nachvollziehbar ist.

Das Ziel, eine den medizinisch pflegerischen Standards entsprechende qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, wird nicht dadurch erreicht, dass über die bereits bestehenden Zulassungen der Leistungserbringer (ob ambulant oder stationär) durch Einfügung des § 132 i SGB V eine Sonderzulassung zur Leistungserbringung von Intensivpflege in Abs. 4 und 5 statuiert wird. Bereits die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen lassen auf der Basis der bestehenden Rahmenverträge insbesondere für Leistungserbringer der



häuslichen Krankenpflege Regelungen zur bedarfsgerechten Versorgung, Kooperationen mit Fachärzten usw. zu, die sich an den Rahmenempfehlungen zu orientieren haben. Die in § 132 i Abs. 1 SGB V hierzu vorgesehenen Rahmenempfehlungen entsprechen im Wesentlichen den bereits heute in § 132 a Abs. 1 SGB V enthaltenen Regelungen, von denen allerdings trotz Einführung derselben in das Gesetz zum 01.01.2017 bislang keiner der dort genannten Vertragspartner Gebrauch gemacht oder gar das Schiedsverfahren eingeleitet hat.

Insoweit bedarf es keiner neuen gesetzlichen Regelung, sondern einer konsequenten Umsetzung des bereits heute geltenden Rechts und hierzu nunmehr des Erlasses von Rahmenempfehlungen für die Intensivpflege, die sich an den Vorgaben des § 12 SGB V orientiert und eine einheitliche Versorgung, insbesondere der Intensivpatienten, sicherstellt. Der Gesetzgeber mag daher bevor er neue Gesetzesinitiativen ergreift, die bereits Bestehenden umsetzen und die hiernach Verpflichteten anhalten, ihrer Organisations- / Qualitätsverantwortung nachzukommen. Die dortigen Regelungen / Rahmenempfehlungen wären auch nach dem geltenden Recht den bestehenden Rahmenverträgen zugrunde zu legen.

Die Gesetzesinitiative erreicht auch insoweit nicht das erklärte Ziel, sondern schiebt dieses noch weiter in die Zukunft.

Weshalb durch die Gesetzesinitiative Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten beseitigt werden sollen, erschließt sich aus dem vorgeschlagenen Gesetzestext nicht. Bereits heute obliegt allen an der Versorgung der Patienten Beteiligten die Verpflichtung einer angemessenen und leistungsgerechten Versorgung. Die hierzu ergangene Rechtsprechung, insbesondere zur Vergütungsfindung, differenziert nicht zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen (ambulant oder stationär), so dass es sofern tatsächlich Vergütungsunterschiede feststellbar sind, einer konsequenten einheitlichen Umsetzung der Rechtsprechung in den Rahmenvertrags- und Vergütungsverhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern bedarf.

Ein neues Gesetz hilft hier nicht, zumal dieses auch hierzu keinerlei Ausführungen enthält. Wir empfehlen dem Gesundheitsministerium diesen Entwurf zu überarbeiten und bieten hiermit als Fachgesellschaft für die außerklinische Intensivpflege unsere Fachexpertise an.

Mit freundlichen Grüßen

Carsten Plösser	Michael Malig	Stefan Hille
1.Vorstand	2.Vorstand	3.Vorstand