



Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)

Stellungnahme zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

**zum Referentenentwurf eines Intensivpflege- und
Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPREG)**

Berlin, den 20. Dezember 2019

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.,
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
Tel. 030-284447-822, Fax 030-284447-828
cbp@caritas.de – www.cbp.caritas.de

Vorbemerkung

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) bildet mit mehr als 1.000 Mitgliedern, die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe betreiben, eine der größten Interessenvertretungen der gemeinnützigen Anbieter der sozialen Dienstleistungen für über 200.000 Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung in Deutschland. Der CBP ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Die Mitglieder des CBP tragen die Verantwortung für über 94.000 Mitarbeitende und unterstützen die selbstbestimmte Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund nimmt der CBP wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der CBP begrüßt die mit dem den vorgelegten Referentenentwurf zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPREG) vorgesehene Einführung einer verpflichtenden und regelmäßigen Erhebung des Beatmungsstatus und Sicherstellung der Anschlussversorgung im Entlassmanagement der Krankenhäuser. Diese Regelung ist überfällig.

Die Änderungen zum vorausgehenden Referentenentwurf, dem sog. „Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG)“ greifen jedoch zu kurz.

Insbesondere muss durch eine gesetzliche Regelung sichergestellt werden,

- dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege für alle Versicherten, also auch für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, erhalten bleibt und
- dass „ein bestimmtes Maß an Teilhabefähigkeit“ nicht zur Voraussetzung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege wird.
- dass Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten nicht durch eine Angemessenheitsprüfung eingeschränkt wird, die Teilhabeaspekte unberücksichtigt lässt und zwischen „nützlichen“ und „weniger nützlichen“ Teilhabezielen unterscheidet.
- dass Versicherte nicht allein durch eine nicht näher spezifizierte „Angemessenheitsprüfung“ auf Lebenszeit zum bloßen „Objekt staatlichen Handelns“ gemacht werden.
- dass die außerklinische Intensivpflege beendet wird, sobald sich der Gesundheitszustand des Versicherten gebessert hat.

Im Übrigen verweist der CBP auf die gemeinsame Stellungnahme der Fachverbände zum Reha- und Intensivpflege Gesetz unter: <https://www.cbp.caritas.de/der-verband/stellungnahmen/stellungnahme-der-fachverbaende-zum-reha-und-intensivpflege-staerkungsgesetz--risg-4a6c532a-50e3-4c9>.

Zudem empfiehlt der CBP dem Ministerium für Gesundheit im Vorfeld des Anhörungsverfahrens das Gesetzgebungsverfahren transparent zu gestalten, um so einen breiten Dialogprozess zu ermöglichen. Das sog. Fachgespräch am 12. Dezember 2019 im Bundesministerium für Gesundheit war insoweit höchst befremdlich.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

1. Anspruch auf häusliche Krankenpflege darf nicht eingeschränkt werden, § 37 Abs. 2 SGB V

Neureglung

Die Regelung in § 37 Abs. 2 SGB V ermöglicht es Versicherten Behandlungspflege -zur Sicherung der mit der ambulanten ärztlichen Behandlung verfolgten Ziele- im häuslichen Umkreis und an

anderen geeigneten Orten zu erhalten. Der Referentenentwurf sieht vor, dass volljährige Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in Zukunft aus dem Anwendungsbereich von § 37 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen werden. Für sie soll künftig der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V als Spezialnorm vorgehen.

Ihre Möglichkeit, medizinische Behandlungspflege im häuslichen Umfeld oder an anderen geeigneten Orten zu erhalten, soll im Erwachsenenalter einer Angemessenheitsprüfung unterliegen.

Bewertung

Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege unterliegen dadurch den Einschränkungen des neuen § 37c SGB V. Dies führt dazu, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege einer Einzelfallprüfung unterliegt. Der Anspruch scheidet aus, wenn der Wunsch der Versicherten, in der eigenen Häuslichkeit gepflegt zu werden, „unangemessen“ ist oder die medizinisch-pflegerische Versorgung dort nicht sichergestellt werden kann. Ist das der Fall, droht dem Versicherten die Zwangsunterbringung im Pflegeheim.

Lösungsvorschlag

Nach Ansicht des CBP ist es zwingend erforderlich, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V für alle Versicherten uneingeschränkt erhalten bleibt, so dass auch für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege grundsätzlich einen Anspruch nach § 37 Abs. 2 SGB V haben.

Um dem Ziel der Neuregelungen gerecht zu werden und den besonderen Bedarf intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen, eine qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten und Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen, können spezifische Regelungen für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ergänzend gelten.

§ 37 Abs. 2 SGB V sollte daher lauten:

„Versicherte erhalten 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 als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Für Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, gilt ergänzend § 37c SGB V.“

2. Einführung eines Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege § 37c SGB V Keine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten, keine Prüfung der „Teilhabefähigkeit“ und keine Unterscheidung nach wertvollen und weniger wertvollen Teilhabezielen

Neuregelung

Für Versicherte mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege wird in § 37c SGB V ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil 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 ist.

Die Leistung bedarf künftig der Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, z. B. Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie. Der Gesetzesentwurf sieht

vor, dass außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 des Elften Buches erbringen, in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43a des Elften Buches erbringen, beziehungsweise in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches, in qualitätsgesicherten sogenannten Intensivpflege-Wohneinheiten oder in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort, beispielsweise in Schulen, Kindergärten oder Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden kann. Insoweit ist die Versorgung außerhalb von stationären Einrichtungen möglich.

Die Wünsche des Leistungsberechtigten hinsichtlich des Orts der Leistung müssen jedoch nur berücksichtigt werden, soweit sie angemessen sind und die medizinisch-pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort sichergestellt werden kann. Zudem nimmt § 37c SGB V auf § 104 Absatz 2 und 3 SGB IX Bezug. Diese Voraussetzungen werden von den Krankenkassen nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst geprüft.

Bewertung

Der CBP bewertet es positiv, dass nach § 37c Absatz 2 Satz 1 SGB V zukünftig verschiedene Leistungsorte für die außerklinische Intensivpflege in Betracht kommen und insoweit der Vorrang der stationären Pflege weggefallen ist. Dadurch wird u.a. auch gewährleistet, dass die außerklinische Intensivpflege für erwachsene Menschen mit Behinderung in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe erbracht werden kann.

Kritisch bewertet der CBP jedoch, dass zukünftig das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten in Bezug auf den Leistungsort durch eine Angemessenheitsprüfung erheblich eingeschränkt wird. Dies führt in der Praxis dazu, dass Versicherte nicht uneingeschränkt eine außerklinische Intensivpflege zu Hause erhalten werden. Vielmehr wird die Versorgung zu Hause einen Ausnahmefall darstellen.

Denn bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist den Wünschen der Versicherten nach pflegerischer Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nur Rechnung zu tragen, wenn dieser „angemessen“ und die medizinisch-pflegerische Versorgung an dem gewünschten Ort sichergestellt ist, § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V. Durch den Verweis auf § 104 Abs. 2 und 3 SGB IX i. d. F. ab 1.1.2020 wird klargestellt, dass ein Wunsch jedenfalls dann unangemessen ist, wenn die Höhe der Kosten der gewünschten Leistung die Höhe der Kosten für eine vergleichbare Leistung unverhältnismäßig übersteigt und der Bedarf nach der Besonderheit des Einzelfalles durch die vergleichbare Leistung gedeckt werden kann.

Im Hinblick auf die wesentlich höheren Kosten der intensivpflegerischen Versorgung gegenüber der vergleichbaren Versorgung in einem Pflegeheim wird der Wunsch nach Versorgung in der eigenen Häuslichkeit daher in der Regel unangemessen sein.

Nach § 104 Abs. 3 SGB IX kann die besonders aufwändige Leistungserbringung in der eigenen Häuslichkeit trotz Mehrkosten erbracht werden, wenn für die Versicherten ein Umzug aus persönlichen, familiären und örtlichen Umständen unzumutbar ist, hieran geknüpft ist jedoch –abweichend von der geltenden Rechtslage– eine aufwändige Einzelfallprüfung. Bei der die leistungsberechtigte Person auf eine von ihren Wünschen abweichende Form der Leistung verwiesen werden kann, wenn ihr diese zumutbar ist. Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen. Diese müssen insbesondere von dem Versicherten selbst dargelegt und begründet werden. Die Krankenkassen haben wegen den offenen Formulierungen in § 104 Absatz 3 einen weiten Ermessensspielraum. Erschwerend kommt hinzu, dass die Gesetzesbegründung den Eindruck vermittelt, dass die außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit von einem gewissen Maß an Fähigkeit zur Teilhabe abhängt. Auf Seite 28 der

Begründung wird dazu ausgeführt, dass „zum Beispiel Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen oder beatmete Patienten mit erhaltener Motorik“ oder solche die „trotz des Bedarfs an intensivpflegerischer Versorgung am Leben in ihrer Familie teilnehmen, zur Schule gehen oder einer Erwerbstätigkeit nachgehen“ von der erzwungenen Unterbringung im Pflegeheim ausgenommen sein sollen.

Der Entwurf unterscheidet hier nicht allein nach dem Maß an Teilhabefähigkeit eines Menschen und spricht damit anderen Menschen die Teilhabefähigkeit ab. Er unterscheidet darüber hinaus nach nützlichen und weniger nützlichen Teilhabezielen. CBP weist dies mit Entschiedenheit zurück.

Dies würde dazu führen, dass allein Erwerbstätige bzw. weniger eingeschränkten Menschen mit Intensivpflegebedarf die Pflege in der Häuslichkeit vorbehalten ist. Dies ist völlig sachfremd, da alle Menschen mit Behinderungen das Recht auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben. Dem heutigen Behinderungsbegriff auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist sowohl die Graduierung der Teilhabefähigkeit einer Person als auch die Bewertung von Teilhabezielen wesensfremd.

Zudem kritisiert der CBP, dass die Voraussetzungen der Zumutbarkeit einer Abweichung vom Leistungswunsch i. S. d. § 104 Abs. 3 SGB IX von der Krankenkasse nach einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst geprüft werden, die Regelungen der Teilhabe- und Gesamtplanung laufen dadurch ins Leere und werden durch ein medizinisches Gutachten ersetzt. Es ist nicht sichergestellt, ob und auf welche Weise der Medizinische Dienst neben der medizinischen Indikation und dem Wirtschaftlichkeitsgebot bei dieser Prüfung auch Teilhabeaspekte berücksichtigt. Eine Beteiligung des Versicherten oder einer Vertrauensperson an diesem Verfahren ist nicht vorgesehen.

Hier werden die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit und Beitragsstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung unzulässig auf Rehabilitations- und Teilhabeansprüche von Menschen mit Behinderungen erstreckt, die anders als die Leistungen der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung durch Steuern finanziert werden.

Die Besitzstandsregelung in § 37c Absatz 2 Satz 5 SGV stellt eine Verbesserung gegenüber dem ersten Entwurf dar. Die Besitzstandsregelung greift aber nur, wenn Versicherten zurzeit häuslich gepflegt werden. Versicherte, bei denen der Anspruch neu entsteht, werden nicht erfasst.

Es entsteht der Eindruck, dass das Bundesministerium für Gesundheit durch die Regelung des Besitzstands die Personengruppe, die sich öffentlichkeitswirksam gegen den geplanten Gesetzesentwurf positioniert, ruhig stellen möchte, grundsätzlich aber an der zwangsweisen Unterbringung von Menschen mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in Pflegeheimen festhalten will

Lösungsvorschlag

Der CBP fordert, dass der Anspruch auf häusliche Versorgung nicht von „Teilhabefähigkeit“ abhängig gemacht werden darf und das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten ohne Einschränkungen berücksichtigt wird.

§ 37c Absatz 2 SGB V sollte daher lauten:

„(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege neben den in § 37 Absatz 2 Satz 1 genannten Orten auch

- 1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42, 43 des Elften Buches erbringen,*
- 2. in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43a des Elften Buches erbringen sowie in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches oder*

3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1.

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, **ist** zu entsprechen.“

3. Streichung der Möglichkeit, durch satzungsmäßige Bestimmung der Krankenkassen außerklinische Intensivpflege im Pflegeheim auch dann zu erbringen, wenn kein Anspruch mehr darauf besteht

Neuregelung

Mit § 37 c Abs. 3 Satz 2 SGB V soll die Möglichkeit eröffnet werden, Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in Pflegeheimen auch dann zu erbringen, wenn kein Anspruch mehr darauf besteht, weil sich der Gesundheitszustand des Versicherten gebessert hat.

Bewertung

Mit dieser Vorschrift durchbricht der Entwurf die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit und Beitragsstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist schon aus diesem Grund nicht sachgerecht.

Noch unverständlicher ist die Vorschrift mit Blick auf die benachteiligende Regelung in § 43a SGB XI: Das Bundesministerium für Gesundheit lehnt seit Jahren die Aufhebung des § 43 a SGB XI aus Gründen der Beitragsstabilität ab. Diese Vorschrift führt dazu, dass für die pflegerische Versorgung von Menschen, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI leben, anders als für alle anderen Versicherten, lediglich Kosten in Höhe von pauschal 266,- EUR pro Monat erstattet werden.

Auch in diesen Einrichtungen werden derzeit Menschen mit einem besonders hohem Bedarf an medizinische Behandlungspflege versorgt, ohne dass die Leistungserbringer von den für Pflegeheime mit § 37 c Abs. 3 SGB V vorgesehenen höheren Vergütungen profitieren sollen.

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen künftig in ihren Satzungen bestimmen können, dass Leistungen der außerklinischen Intensivpflege auch dann noch vergütet werden, wenn kein Anspruch mehr darauf besteht, weil sich der Gesundheitszustand des Versicherten gebessert hat.

Pflegeheimen soll auf diese Weise ein (unnötiger) ein finanzieller Anreiz zur Erbringung von außerklinischer Intensivpflege geboten werden.

CBP kritisiert insbesondere, dass nicht deutlich wird, ob die „Betreuung“ im Sinne des § 37 c Abs. 3 Satz 1 SGB V auch die Deckung von Teilhabebedarfen vorsieht. Dann müsste weiter geregelt werden, wie diese zu erheben und auf welche Weise sie zu decken sind.

Andererseits steht zu befürchten, dass unter diesem finanziellen Anreiz Versicherte in Abhängigkeit vom Ausgang der Angemessenheitsprüfung zum Ort der Leistungserbringung und ohne eine Möglichkeit der Beteiligung am Verfahren auf Lebenszeit im Pflegeheim verbleiben, auch wenn sie das nicht wollen.

Versicherte wären nur durch eine „Angemessenheitsprüfung“, deren Ausgang sie selbst nicht beeinflussen können, davor geschützt, lebenslang zum „bloßen Objekt staatlichen Handelns“ gemacht zu werden.

Dies stellt einen Verstoß gegen Art 2 Abs. 1 GG i.V. m Art 1 Abs. 1 GG dar, der völlig ohne Not geschieht, während man mit den dafür notwendigen Beitragsmitteln die pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderung durch die Streichung des § 43 a SGB XI sogar verbessern könnte.

CBP weist das mit großer Entschiedenheit zurück.

Lösungsvorschlag:

Die vorgesehene Regelung in § § 37 c Abs. 3 Satz 2 SGB V ist ersatzlos zu streichen.

Berlin, den 20.12.2019

Für den Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.

Janina Bessenich
CBP Geschäftsführerin und Justiziarin
Kontakt: cbp@caritas.de