

## **Aktuelle Information zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung**

Mit Datum vom 14. August 2019 wurde ein Referentenentwurf der Bundesregierung zum sogenannten Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen eines Anhörungsverfahrens an die Leistungserbringer- und Fachverbände weitergeleitet. Zwischenzeitlich wird dieser in den sozialen Medien heftig diskutiert.

Dieser Referentenentwurf beinhaltet eine völlige Neuausrichtung des Versorgungssettings für Versicherte mit einem besonders hohen Versorgungsbedarf an behandlungspflegerischen Leistungen. Eine abschließende Definition der Leistung beinhaltet der Referentenentwurf nicht. Neben einer Erweiterung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthält der Entwurf einen neuen Leistungsanspruch für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege verbunden mit einer vollständig veränderten Rechtslage zur Leistungserbringung unter Abkehr von den bisherigen Regelungen zur Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.

Der Gesetzgeber verbindet mit den Neuregelungen als Zielsetzung eine angemessene Berücksichtigung der besonderen Bedarfe für intensivpflegebedürftige Versicherte, eine Gewährleistung der qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung sowie die Beseitigung von Fehlanreizen und Missbrauchsmöglichkeiten. Hierfür hat der Gesetzgeber eigens einen neuen § 37c SGB V geschaffen, der insbesondere verlangt, dass die Leistung zunächst lediglich in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Abs. 5 Nummer 1 SGB V in Anspruch genommen werden kann. Außerklinische Intensivpflege im Haushalt oder in der Familie des Versicherten darf nur noch ausnahmsweise, wenn die Pflege in der vollstationären Einrichtung bzw. in der Wohneinheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist, erbracht werden. Nur für Kinder gilt diese Regel-Ausnahme ausdrücklich nicht. Für Versicherte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung bereits in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, soll eine Übergangszeit von drei Jahren gelten.

Diese Regelung stellt eine Abkehr der bisherigen Versorgung von behandlungspflegerischen Leistungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege dar. Die bislang selbstverständliche Versorgung in der eigenen Häuslichkeit des Versicherten soll nunmehr nur noch möglich sein, wenn die Versorgung in vollstationären Einrichtungen bzw. in einer Wohneinheit versagt. Darüber hinaus stellt der Gesetzgeber klar, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtungen jeglichen pflegebedingten Aufwand - einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § SGB XI sowie der notwendigen Investitionskosten - erfolgt. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung können die Krankenkassen als Satzungsleistungen übernehmen.

Verbunden ist die Neuausrichtung des Leistungsanspruches für außerklinische Intensivpflege mit einer Neuregelung des Zugangs der Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen zur Leistungserbringung über den neu eingefügten § 132i SGB V. Nach dieser Norm haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Pflegedienste Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zu entwickeln. Inhalt der Rahmenempfehlungen sollen insbesondere die personellen Anforderungen, Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit mit Vertragsärzten und Krankenhäusern, Maßnahmen zur

Qualitätssicherung und Fortbildung, Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht und zum Abrechnungsverfahren sein. Kommen diese Rahmenempfehlungen nicht einvernehmlich zustande, ist eine Schiedsstelle einzurichten, die die Rahmenempfehlungsinhalte schließlich festlegt.

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass § 132i Abs. 5 SGB V den Abschluss neuer Versorgungsverträge sowohl mit Betreibern von sogenannten Wohneinheiten als auch mit Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege in der Häuslichkeit erbringen und vollstationären Pflegeeinrichtungen, die künftig außerklinische Intensivpflege leisten wollen, verlangt. Voraussetzung für den Vertragsschluss eines solchen Versorgungsvertrages ist zukünftig die Vereinbarung von Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Fachärzten, die insbesondere die ärztliche Überwachung der Umsetzung der außerklinischen Intensivpflege sicherstellen, die Vereinbarung von Kooperationsverträgen zur bedarfsgerechten rehabilitativen Versorgung, insbesondere mit Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, und das Vorhandensein eines internen Qualitätsmanagement.

Parallel dazu soll auch die ärztliche Versorgung dieser Klientel angepasst werden. Die Verordnung für Leistungen der außerklinischen Intensivpflege soll künftig nur noch durch hierfür qualifizierte Fachärzte ausgestellt werden können. Für beatmete oder tracheotomierte Patienten soll vor der Verordnung der Intensivpflege der Arzt feststellen und auf der Verordnung vermerken, ob und in welchem Zeitraum eine Reduzierung der Beatmung oder Dekanülierung möglich ist. Für die Krankenhäuser sind finanzielle Abschläge vorgesehen, sofern sie im Zuge der Entlassung nicht den Beatmungsstatus erheben oder eine Beatmungsentwöhnung als Anschlussversorgung ggf. in dem Krankenhaus, bei Bedarf verordnen. Gleichzeitig sind Zusatzentgelte als Anreiz für Krankenhäuser und die Fachärzte für die seit langem als für die Mediziner unterfinanziert dargestellte Beatmungsentwöhnung vorgesehen.

Die Bemühungen des Gesetzgebers, die anhaltend steigende Zahl von Versicherten mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf zukünftig qualitätsgesichert durch eine strukturierte Überleitung aus dem Krankenhaus unter gezielter Nutzung von Entwöhnungspotentialen der Patienten zu begleiten, sind durchaus nachvollziehbar. Damit soll ein offensichtlicher Mangel der bisherigen Krankenhausentlassung und fehlenden Facharztversorgung beseitigt werden. Gefordert und finanziell angereizt werden eine gezielte medizinische Diagnostik von Fachärzten sowie die Erstellung einer Prognose und eines Behandlungsplanes, der auf die vollständige Entwöhnung oder ein Leben des Patienten ohne Tracheostoma setzt.

Die Möglichkeit der Versorgung von Versicherten mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz wurde bereits mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2007 eröffnet. Dafür hätte es keiner gesetzlichen Herauslösung aus der häuslichen Krankenpflege bedurft. Aber die Kranken- und Pflegekassen haben diese Möglichkeit in den letzten zehn Jahren kontinuierlich unterdrückt. Die Situation intensivpflegerisch betreuter Bewohner in stationären Einrichtungen der Phase F ist seit vielen Jahren durch Versorgungsqualität, aber auch durch eine nahezu durchgängige Sozialhilfeabhängigkeit der Betroffenen und ihrer Familien geprägt. Ursächlich hierfür ist die leistungsrechtliche Ungleichbehandlung durch die Krankenkassen. Die vollständige Übernahme der Kosten - auch für die Versicherten mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege - in den stationären Pflegeeinrichtungen wurde von den Krankenkassen seit Jahren konsequent verhindert. Die jetzt vorgesehene Übernahme der Investitionskosten und ggf. der Kosten für Unterkunft und Verpflegung von intensivpflegebedürftigen Bewohnern in Pflegeheimen soll offensichtlich erwünschte Steuerungswirkungen entfalten.

Als Legitimation, die bestehende Versorgungssituation und damit die Existenz der Intensivpflegeleistungen - ebenso wie die Wahlfreiheit der betroffenen Menschen - zur Disposition zu stellen, verweist die Begründung des Referentenentwurfes auf Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten. Bezüglich der Pflegeleistungen wird auf Medienberichte verwiesen, die suggerieren, dass die Pflegeleistungen und Wohngemeinschaften insbesondere die künstliche Beatmung über das notwendige Maß hinaus verfolgen, um daran zu verdienen. Wie durchsichtig diese Legitimationsstrategie ist, wird daran deutlich, dass weder der Umfang noch die Art der Versorgung, also ab wann und wenn, wie lange jemand Intensivpflegeleistungen erhält, in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeleistungen fällt, sondern von der ärztlichen Entscheidung abhängt. Zudem wird die Notwendigkeit der Leistungen regelmäßig vom MDK überprüft und die erforderlichen Leistungen werden von der Krankenkasse genehmigt. Den vorgenommenen Änderungen, die Anreize für Fachärzte und Krankenhäuser, die Möglichkeiten der Beatmungsentwöhnung zu erheben und bereits im Krankenhaus einzuleiten und regelmäßig zu prüfen, verdeutlichen, dass die wesentlichen Ursachen bei denen für die Versorgungsdauer Verantwortlichen erkannt wurden.

Fazit ist, der Referentenentwurf schafft ohne Not neue Instrumente zur Patientensteuerung und schränkt dabei die Wahlfreiheit der Versicherten ein. Die bestehende ambulante Versorgungsstruktur, welche die Versorgung in der Häuslichkeit des Intensivpflegepatienten sicherstellt, wird zur Disposition gestellt. Waren bisher die Wohngemeinschaften, die von den Kostenträgern präferierte, weil kostengünstigere Versorgungsform, sollen es zukünftig die Pflegeheime sein. Die steigenden Patientenzahlen und das enorme Personalaufkommen bei der Versorgung in der Häuslichkeit verursachen für die Krankenkassen erhebliche Kosten. Wahres Ziel dieser Gesetzesinitiative ist mithin nicht in erster Linie eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung, sondern zuvörderst eine Reduzierung der Ausgaben.

Der bpa wird dies in seiner Stellungnahme im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Referentenentwurf deutlich zur Sprache bringen und sich im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechend für die Interessen seiner Mitglieder einsetzen.