

Berlin, den 29. April.2020

**Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung:
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von
intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer
Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung vom
21.02.2020 (BR-Drs. 86/20)
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-
IPReG)**

Vorbemerkung

Die fünf Fachverbände für Menschen mit Behinderung repräsentieren ca. 90 % der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in Deutschland. Ethisches Fundament der Zusammenarbeit der Fachverbände für Menschen mit Behinderung ist das gemeinsame Bekenntnis zur Menschenwürde sowie zum Recht auf Selbstbestimmung und auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft. Ihre zentrale Aufgabe sehen die Fachverbände in der Wahrung der Rechte und Interessen von Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in einer sich immerfort verändernden Gesellschaft.

Der Gesetzentwurf erfüllt uns mit großer Sorge um die von uns vertretenen Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V bleibt – nach dem vorliegenden Gesetzentwurf – für Menschen mit Intensivpflegebedarf nicht uneingeschränkt erhalten. Dem Wunsch des Versicherten nach intensivpflegerischer Versorgung im eigenen Haushalt wird nur entsprochen, wenn die häusliche Versorgung tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Ist dies aufgrund des Pflegekräftemangels nicht der Fall, ist der Anspruch des Versicherten mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege faktisch wertlos. Der Personenkreis hat dann nicht die Möglichkeit, die Pflege in Haushalt, Familie, betreuten Wohnformen, Schulen oder Kindergärten zu erhalten.



**Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**

Reinhardtstraße 13
10117 Berlin
Telefon 030 284447-822
Telefax 030 284447-828
cbp@caritas.de



Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Hermann-Blankenstein-Str. 30
10249 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-204
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



**Bundesverband anthroposophisches
Sozialwesen e.V.**

Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 06035 81-190
Telefax 06035 81-217
bundesverband@anthropoi.de



**Bundesverband evangelische
Behindertenhilfe e.V.**

Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Telefon 030 83001-270
Telefax 030 83001-275
info@beb-ev.de



**Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen e.V.**

Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Telefax 0211 64004-20
info@bvkm.de

Nach Ansicht der Fachverbände kann der Mangel an Pflegekräften, der sich zur Zeit auch in der Corona-Pandemie zeigt, nicht zu Lasten der Versicherten gehen, die auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind. Vielmehr muss hier die Krankenkasse in die Pflicht genommen werden, die tatsächliche und dauerhafte intensivmedizinische Versorgung zu gewährleisten.

Zudem ist es für die Fachverbände nicht hinnehmbar, dass Versicherte, die eine intensivmedizinische häusliche Versorgung wünschen, bei der Zuzahlung benachteiligt werden.

Die Fachverbände haben die Sorge, dass Menschen mit Behinderung ihren Anspruch auf intensivpflegerische Versorgung nicht mehr wie nach bestehender Rechtslage in allen Formen des betreuten Wohnens geltend machen können, sondern die Intensivpflege in Zukunft nur noch in Wohneinheiten oder in Wohnformen stattfindet, die einem stationären Setting entsprechen, da Wohnformen mit einem geringeren Versorgungsumfang nach der Neuregelung wohl nicht mehr umfasst sein werden. Eine solche Verkürzung des Anspruchs ist für die Fachverbände ebenfalls nicht akzeptabel.

Abschließend regen die Fachverbände an dieser Stelle ausdrücklich an, dass das Gesetzgebungsvorhaben aufgrund der Sars-CoV-2-Pandemie ausgesetzt wird. Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gehören mit Blick auf die Corona-Pandemie zu einer besonders vulnerablen Personengruppe. Sie und ihre Angehörigen können zurzeit nur bedingt für ihre Rechte und Interessen einstehen und haben in der gegenwärtigen Situation ganz andere Sorgen, wie etwa die Beschaffung von notwendigen Atemmasken, Desinfektionsmitteln und die Versorgung im – durch die Corona-Pandemie – eingeschränkten Alltag vor dem Hintergrund, dass eine Ansteckung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit tödlich ist.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. § 37c SGB V Außerklinische Intensivpflege

- **§ 37c Abs. 1 SGB V**

Verordnung von außerklinischer Intensivpflege, § 37c Abs. 1 S. 4 SGB V

§ 37c Abs. 1 SGB V sieht vor, dass die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege künftig nur noch durch Vertragsärzte erfolgen darf, die für die Versorgung von Intensivpflegepatienten besonders qualifiziert sind. In der Begründung zu dieser Neuregelung wird ausgeführt, dass eine entsprechende Qualifikation insbesondere bei Fachärzten für innere Medizin, für (pädiatrische) Pneumologie oder für Lungenheilkunde vorliege.

Dies stellt eine Engführung gegenüber der derzeitigen Praxis dar. Momentan wird häusliche Krankenpflege in Form der Intensivpflege häufig auch durch Neurologen, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, die in der Frührehabilitation tätig sind, Anästhesisten und Hausärzte verordnet. Die Berücksichtigung dieser Fachgruppen sollte erhalten bleiben. Sie ist zum einen wichtig, um der jeweilige Erkrankung Rechnung zu tragen, zum anderen wird hierdurch sichergestellt, dass überhaupt ausreichend Ärzte für die Beurteilung der Entwöhnungsoptionen und für die Verordnung von Intensivpflege zur Verfügung stehen.

Die Fachverbände fordern daher, dass in der Begründung zu § 37c Abs. 1 SGB V keine Engführung auf bestimmte Fachärzte erfolgt, sondern darauf hingewiesen wird, dass eine Verordnung auch durch andere Facharztgruppen und sogar durch Hausärzte erfolgen kann, sofern diese über Erfahrung in der Betreuung von Intensivpflegepatienten verfügen. Gleichzeitig regen die Fachverbände an, die Möglichkeiten zur Weiterbildung und Fortbildung für Ärzte unbedingt zu vereinfachen und finanziell zu fördern, damit in Zukunft eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Vertragsärzten – gerade auch im ländlichen Bereich – zur Verfügung steht.

Erhebung des Weaningpotenzials, § 37c Abs. 1 S. 6 SGB V

Die Fachverbände halten es für sachgerecht, dass Vertragsärzte vor jeder Verordnung außerklinischer Intensivpflege für Dauerbeatmete das Weaningpotenzial erheben und in der Verordnung dokumentieren.

Die Fachverbände regen an, dass gesetzliche Ausnahmetatbestände für Menschen geschaffen werden, die ihr Leben lang auf Intensivpflege angewiesen sind und bei denen die Erhebung des Weanings-Potenzials bei jeder Verordnung von außerklinischer Intensivpflege entbehrlich ist. Beispielsweise Menschen, die seit ihrer Geburt oder aufgrund einer im frühen Kindesalter (z.B. aufgrund eines Bade- oder Erstickenfalls) erworbenen Behinderung beatmet werden, Menschen mit fortschreitenden Muskelerkrankungen und anderen nicht therapierbaren Krankheitsbildern. Bei diesem Personenkreis besteht die gesundheitliche Einschränkung dauerhaft bzw. verschlechtert sich häufig der Gesundheitszustand eher noch mit zunehmendem Alter.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Inhalt und Umfang der Leistungen, die Anforderungen an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer, deren Qualifikation und die Voraussetzungen an die Ausstellung der Verordnung einschließlich des Verfahrens zum Weaning-Potenzial in Richtlinien bestimmen, § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V.

Die in dieser Regelung vorgenommene Eingrenzung auf „**junge**“ Volljährige bis zur Vollendung des **27. Lebensjahres**“, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht, lehnen die Fachverbände ab. Menschen mit Behinderung, die von Geburt an oder aufgrund einer im frühen Kindesalter erworbenen Behinderung einen Intensivpflegebedarf haben, sind auch nach ihrem 27. Geburtstag nicht altersgemäß entwickelt. Die in der Vorschrift beschriebenen Krankheitsbilder verschwinden also nicht plötzlich, sobald sich der Mensch in seinem 28. Lebensjahr befindet. Deshalb wäre es nicht sachgerecht, wenn dieser Personenkreis ab einem bestimmten Lebensalter unter die Richtlinien für erwachsene Intensivpflegebedürftige fiele. Für Menschen mit komplexer Behinderung, die von Geburt oder Kindheit an intensivpflegebedürftig sind, verbietet sich deshalb eine Altersgrenze ebenso wie eine Beschränkung der Regelung auf „junge“ Volljährige. Alternativ regen die Fachverbände an, dass gesetzlich klargestellt wird, dass in den Richtlinien in allen Altersbereichen die besonderen Belange von Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden müssen.

Gegenstand der Richtlinien sollen auch die Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer sein. Gerade bei sehr jungen Kindern und Krankheitsbildern, die sehr spezifisch für das Kindesalter sind, kann ein spezialisierter Leistungserbringer die häusliche Versorgung am besten sicherstellen.

In der Praxis besteht jedoch das Problem, dass gerade im Bereich der Kinderintensivpflege ein großer Fachkräftemangel herrscht, sodass ältere Kinder oftmals von einem „normalen“ Intensivpflegedienst versorgt werden, damit die pädiatrischen Pflegefachkräfte jüngere oder schwerer betroffene Patienten versorgen können. Dadurch haben sich vor Ort in enger Zusammenarbeit mit den pädiatrischen Pflegekräften qualitativ hochwertige Versorgungen durch nicht auf Kinder spezialisierte Pflegedienste etabliert. Die Fortführung dieser bewährten Praxis darf durch die Richtlinien nicht verhindert werden. Die häusliche Versorgung von intensivpflegebedürftigen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht, ist auch dann zu

gewährleisten, wenn im Einzelfall besondere für diese Personengruppe qualifizierte Leistungserbringer nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind.

- **§ 37 Abs. 2 SGB V**

**Anspruch auf Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit darf nicht verkürzt werden,
§ 37c Abs. 2 S. 2 SGB V**

Gemäß § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V ist dem Wunsch nach intensivpflegerischer Versorgung im eigenen Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort „tatsächlich und dauerhaft sichergestellt“ werden kann. Die Entscheidung obliegt der Krankenkasse, nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst. Die Krankenkasse überprüft ihre Feststellung jährlich und veranlasst hierzu eine persönliche Begutachtung. Verweigert der Versicherte oder der Hausrechtsinhaber im Sinne des Art. 13 GG die Prüfung, kann die Leistung gemäß § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V abgelehnt werden und der Versicherte auf die Versorgung im Pflegeheim oder einer Wohnform nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI verwiesen werden.

Diese neue Regelung verkürzt den bestehenden Anspruch auf intensivmedizinische Behandlung nach § 37 SGB V deutlich. Nach geltender Rechtslage werden die betroffenen Personen – ohne weitere Prüfung oder Begutachtung – in der eigenen Häuslichkeit versorgt.

Die Fachverbände verstehen das gesetzgeberische Ziel, Fehlversorgung aufgrund von Fehlanreizen bei der außerklinischen Intensivpflege zu beseitigen sowie die Beatmungsentwöhnung zu verbessern. Die vorgesehenen Maßnahmen zur Umsetzung und ihre Rechtsfolge – insbesondere der Verweis auf die Versorgung im Pflegeheim oder einer Wohnform nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI – gehen jedoch zu Lasten des Versicherten. Sie tragen nicht der Tatsache Rechnung, dass in erster Linie die Krankenversicherung die medizinisch notwendige Versorgung durch geeignete Pflegedienste und ggf. Kontrollen der Pflegedienste sicherstellen muss. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf löst der Gesetzgeber die nicht sachgerechte Versorgung durch einzelne Pflegedienste auf Kosten des Leistungsanspruchs der Versicherten. Hier wäre es sachgemäß, dass die Krankenversicherung, z.B. durch entsprechende Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Pflegedienst, nachbessern müsste und in die Pflicht genommen wird.

Die entsprechende Regelung in § 37c Abs. 2 SGB V muss daher gestrichen werden. Der Anspruch auf medizinische Behandlungspflege sollte sich wie bisher auch für Intensivpatienten weiterhin aus § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V ergeben. Dadurch wird

gesetzssystematisch klargestellt, dass auch Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege das Recht haben, diese Pflege in ihrem Haushalt, ihrer Familie sowie in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten zu erhalten. Gleichzeitig wird gewährleistet, dass für Menschen mit Bedarf an intensiver medizinischer Behandlungspflege die gleichen Zuzahlungsregelungen bei häuslicher Krankenpflege gelten.

Der neue § 37c SGB V sollte ausschließlich Regelungen bezüglich der Anforderungen an die besondere Qualität der Leistung und der Leistungserbringer treffen.

Hilfsweise fordern die Fachverbände, dass nicht die Ermessensentscheidung der Krankenkassen darüber entscheidet, wann die medizinische und pflegerische Versorgung im häuslichen Bereich „tatsächlich und dauerhaft“ gewährleistet ist. Diese ist für Versicherte im Einzelfall schwer nachvollziehbar. Um eine negative Entscheidung dem Grunde nach verständlich zu machen und die Akzeptanz für die Entscheidung zu befördern, sollte es im Vorfeld transparente und klare Kriterien geben. Zudem ist im Gesetzestext klarzustellen, dass die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Intensivpflege den Krankenkassen obliegt und die Krankenkassen dafür Sorge tragen müssen, dass Versicherte ihr Wunsch- und Wahlrecht auf intensivmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit auch tatsächlich ausüben können, etwa indem die Krankenkassen genügend qualifizierte Pflegedienste zur Verfügung stellen bzw. indem gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden, um den aktuellen Pflegepersonalmangel zu beseitigen. Dafür müssen die Krankenkassen durch entsprechende Rahmenempfehlungen und hierauf aufbauende Verträge zwischen den Krankenkassen und Pflegediensten als Leistungserbringern die flächendeckende

Versorgung mit häuslicher medizinischer Intensivpflege sicherstellen, § 132j SGB V. Vor dem Hintergrund des aktuellen Mangels an Pflegekräften, der sich durch die Corona-Pandemie nochmal verstärkt, muss die Attraktivität der ambulanten Intensivpflege durch eine angemessene Vergütung der Fachkräfte sowie eine Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen befördert werden. Nur so bleibt die Pflege in der eigenen Häuslichkeit eine echte Alternative und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bestehen. Der Anspruch auf qualifizierte Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte darf nicht dadurch untergraben werden, dass Angehörige auf Dauer familiäre Ersatzpflege leisten müssen, um die außerklinische Intensivpflege im Haushalt oder in der Familie des Versicherten sicherzustellen.

Ort der Leistungserbringung müssen auch „ambulant“ betreute Wohnformen der Behindertenhilfe sein, § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V

§ 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V benennt als Ort der Leistungserbringung Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 SGB XI. Das sind betreute Wohnformen, in denen der Umfang der

Gesamtversorgung dem Umfang einer stationären Versorgung entspricht und auf die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet. Die Fachverbände begrüßen, dass mit der ausdrücklichen Benennung dieses Leistungsortes sichergestellt wird, dass Intensivpflege auch nach dem Inkrafttreten der dritten Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) für erwachsene Menschen mit Behinderung in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe erbracht werden kann. Durch diese Formulierung wird die bisherige Rechtswirkung des § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V, der folgerichtig durch Art. 2 Nr. 1 b) GKV-IPReG aufgehoben werden soll, aufrechterhalten.

Betreute Wohnformen der Behindertenhilfe mit einem geringeren Versorgungsumfang sind von der Regelung in § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V allerdings leider nicht erfasst.

Die Fachverbände haben die Sorge, dass die betreuten Wohnformen auch nicht unter die Aufzählung der Leistungsorte in § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V (neu) fallen, da der Gesetzgeber hier anders als in der Aufzählung des § 37 SGB V ausdrücklich auf die Nennung der „betreuten Wohnformen“ verzichtet hat. Ob besondere Wohnform unter den Begriff des „Haushalts“ fallen, ist fraglich. Daher befürchten die Fachverbände, dass in betreuten Wohnformen in Zukunft kein Anspruch auf Intensivpflege mehr besteht, und fordern daher, dass der Gesetzgeber betreute Wohnformen entsprechend der Regelung in § 37 Abs. 1 S. 1 bzw. Abs. 2 S. 1 SGB V explizit aufnimmt.

Intensivpflege muss auch während der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt sein, § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V

Die Fachverbände plädieren dafür, auch an den in Nr. 2 genannten Leistungsorten außerklinische Intensivpflege während der Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege zu ermöglichen. Dies gebietet § 42 Abs. 3 SGB XI, wonach der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch „in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen“ besteht. Hintergrund von § 42 Abs. 3 SGB XI ist, dass insbesondere Kinder und Jugendliche mit Behinderung in Pflegeeinrichtungen nicht angemessen versorgt werden können, weil diese Einrichtungen in erster Linie auf die Betreuung alter pflegebedürftiger Menschen und nicht auf die besonderen Bedürfnisse von jungen Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind.

Die Eltern von Kindern mit Intensivpflegebedarf sind in besonders hohem Maße Belastungen in der häuslichen Pflege ausgesetzt. Gerade sie benötigen deshalb Auszeiten von der Pflege und Phasen der Erholung. Für diese Kinder ist es aber besonders schwer, einen

Kurzzeitpflegeplatz zu bekommen, weil die Deckung hoher Bedarfe an medizinischer Behandlungspflege in Kurzeinrichtungen häufig nicht sichergestellt werden kann. Der Verweis auf die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 3 SGB XI sollte deshalb in § 37c Abs. 2 S. 1 **Nr. 2** SGB V ergänzt werden, um diesbezüglich dieselbe Rechtswirkung wie für die Intensivpflege während der Kurzzeitpflege in Pflegeeinrichtungen zu erzielen (vgl. insoweit den Verweis auf § 42 SGB XI in § 37c Abs. 2 S. 1 **Nr. 1** SGB V).

Versorgung in der Häuslichkeit darf nicht von der Einwilligung Dritter abhängen, § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V

Zudem ist es nach Auffassung der Fachverbände nicht angezeigt, dass die Versorgung in der Häuslichkeit u.U. von der Einwilligung Dritter abhängig gemacht werden kann. Das ist der Fall, wenn der Versicherte mit weiteren Personen zusammenwohnt und Leistungen in seiner Wohnung erhalten möchte. Die Nichteinwilligung des Wohnungsinhabers trotz Einwilligung des Versicherten kann dann zu einer Versagung der Leistung führen.

Die Regelung in § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V ist zu streichen, da § 37c Abs. 2 S. 8 SGB V bestimmt, dass die allgemeinen Bestimmungen zu den Mitwirkungspflichten gelten und dadurch die Grenzen und Folgen aus §§ 60, 65, 66 SGB X auch in Bezug auf den neu geschaffenen Anspruch auf Intensivpflege gelten. Bei der Spezialregelung in § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V ist es nach Ansicht der Fachverbände höchst zweifelhaft, ob eine Versagung des Anspruchs auch für den Fall sachgerecht ist, dass der Zugang zu den Räumlichkeiten durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechtigte Person gemäß § 37c Abs. 2 S. 7 Nr. 2 SGB V verweigert wurde.

Selbstbeschaffung von Pflege- und Assistenzkräften

Versicherte sollen zudem weiterhin die Möglichkeit haben, sich selbst eine Pflege- oder Assistenzkraft zu besorgen und die Kosten erstattet zu bekommen, wenn die Krankenkasse kein Personal stellen kann. Dadurch, dass Versicherte mit Intensivpflegebedarf der Spezialregelung des § 37c SGB V unterfallen, gilt die Regelung in § 37 Abs. 4 SGB V nicht mehr. Für die Betroffenen wird so der Handlungsspielraum hinsichtlich der Sicherstellung der Pflege erheblich eingeschränkt. Die Fachverbände fordern daher zu regeln, dass § 37 Abs. 4 SGB V entsprechend gilt.

Ausnahmeregelungen für die jährliche Überprüfung, § 37c Abs. 2 S. 5 SGB V

Die jährliche Überprüfung der tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung nach § 37c Abs. 2 S. 5 SGB V führt dazu, dass bei

Versicherten eine selbstbestimmte Lebensperspektive mit langfristigen Entscheidungen zur Wahl und bedarfsgerechten Anpassung des Wohnortes, zur Form der Teilhabe am Arbeitsleben und zum Aufbau von Beziehungen und Bindungen nur sehr eingeschränkt möglich ist. Die Fachverbände fordern daher eine Ausnahmeregelung von der jährlichen Überprüfung für Betroffene, bei denen auf Grund der Art ihrer Erkrankung eine langfristige Verbesserung ihres Gesundheitszustandes bis hin zur Beatmungsentwöhnung nicht zu erwarten ist (z.B. fortschreitende Muskelerkrankung, hoher Querschnitt, anhaltende Erkrankungen seit dem Kindesalter). Denkbar wäre eine Verlängerung des Prüfungsintervalls auf drei Jahre.

- **§ 37c Abs. 3 SGB V**

Kostenbelastung durch Versorgung im Pflegeheim muss vollständig vermieden werden, Ausweitung auf die Kurzzeitpflege, § 37c Abs. 3 S. 1 SGB V

Die intensivpflegerische Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung soll nicht mit finanziellen Mehrbelastungen für Versicherte verbunden sein. Insofern ordnet § 37 Abs. 3 SGB V an, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, für medizinische Behandlungspflege und die notwendigen Investitionskosten umfasst. Gegenüber dem Referentenentwurf sieht der Gesetzentwurf vor, dass der Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen neben den pflegebedingten Aufwendungen auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten erfasst. Dies bewerten die Fachverbände positiv.

Die Übernahme der Kosten endet, wenn aufgrund einer Besserung des Zustandes, z.B. aufgrund einer Beatmungsentwöhnung, kein Intensivpflegebedarf mehr besteht. Die Versicherten müssen also bei Änderung der Versorgungslage wieder die hohen Kosten tragen, ohne sich auf die geänderte Versorgungslage einstellen zu können.

Die Fachverbände unterstützen insoweit die Empfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates (BR-Drs. 86/1/20, S. 3). Diese sieht vor, dass nach dem Wegfall der Intensivpflegebedürftigkeit die oben genannten Aufwendungen noch für einen Übergangszeitraum zwingend weitergewährt werden und dies nicht dem Satzungsrecht der jeweiligen Krankenkasse vorbehalten bleibt.

Der Kostenzuschuss nach § 37 Abs. 3 SGB V wird ausschließlich für die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung gemäß § 43 SGB XI gewährt und sollte entsprechend für die Versorgung in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI gelten, da auch in

Einrichtungen der Kurzzeitpflege intensivmedizinische Versorgung geleistet wird. Die Differenzierung ist daher nicht sachgerecht.

Die Fachverbände unterstützen daher die Empfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates (BR-Drs. 86/1/20, S. 2) und fordern, dass der in § 37c Abs. 3 S. 1 SGB V vorgesehene Kostenzuschuss auch bei der Versorgung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung übernommen wird.

- **§ 37c Abs. 4 SGB V**

Zuzahlungen für alle Versicherten auf 28 Tage pro Jahr begrenzen, § 37c Abs. 4 S. 2 SGB V

Die Neuregelung in § 37c Abs. 4 S. 2 SGB V bestimmt, dass erwachsene Versicherte mit Intensivpflegebedarf in Zukunft deutlich höhere Zuzahlungen als bisher (10 % der realen Kosten für die Intensivpflege begrenzt auf 28 Tage pro Jahr) zahlen müssen, wenn sie zu Hause versorgt werden, da die Begrenzung auf 28 Tage pro Jahr entfällt. Für Menschen in der eigenen Häuslichkeit mit Intensivpflegebedarf würde dann nur noch die Regelung greifen, nach der chronisch kranke Menschen nicht mehr als ein Prozent des Bruttojahreseinkommens für Zuzahlungen zahlen müssen. Dies führt jedoch u.U. zu erheblichen Mehrkosten und kann dazu führen, dass Menschen mit Intensivpflegebedarf aus finanziellen Gründen in ein stationäres Setting ziehen müssen. Die Fachverbände halten es daher für angezeigt, dass alle Versicherten, die außerklinische Intensivpflege an einem Ort im Sinne des Abs. 2 S. 1 Nummer 4 erhalten und das 18. Lebensjahr vollendet haben, abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 S. 3 SGB V ergebenden Betrag begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr zahlen.

Rahmenempfehlungen

Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, § 132j SGB V

Durch die im Gesetzentwurf vorgenommene Ausgliederung von Versicherten mit Intensivpflegebedarf aus dem Anwendungsbereich des § 37 SGB V wird die außerklinische Intensivpflege nicht mehr vom Sicherstellungsauftrag des § 132a Abs. 1 S. 1 SGB V erfasst. In den Rahmenempfehlungen auf Bundesebene muss deshalb entsprechend zu den Regelungen der häuslichen Krankenpflege klargestellt werden, dass die Verantwortung für eine *einheitliche und flächendeckende* Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege bei den Krankenkassen liegt, damit die Verpflichtung der Krankenkassen, gegebenenfalls Abhilfe zu schaffen, verdeutlicht wird.

2. Änderungen bei der medizinischen Rehabilitation

Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts ohne Mehrkostentragung, § 40 Abs. 2 S. 4 SGB V

Der Gesetzentwurf bestimmt, dass Versicherte, die sich für eine andere als die von der Krankenkasse bestimmte Rehabilitationseinrichtung entscheiden, nicht mehr die gesamten, sondern nur noch die Hälfte der Mehrkosten tragen müssen, § 40 Abs. 2 S. 4 SGB V.

Die Fachverbände befürworten diese Regelung; sie reicht aber nicht weit genug. Sie stärkt das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten, das momentan sehr eng durch die Krankenkassen ausgelegt und häufig zusätzlich durch wirtschaftliche Erwägungen eingeschränkt wird. Die Fachverbände fordern hier eine vollständige Kostenreduzierung, um das Wahlrecht der Versicherten ohne Einschränkungen zu gewähren. Eine Tragung der Kosten zur Hälfte ist willkürlich und führt zu dem Problem, dass sich nur einkommensstärkere Versicherte die Inanspruchnahme der Wahleinrichtung leisten können.

Die Fachverbände befürworten daher die Regelung, dass Versicherte sich ohne Mehrkosten auch für eine andere zertifizierte Einrichtung als die von der Krankenkasse bestimmte entscheiden können.

Zugangsvereinfachungen nicht auf geriatrische Rehabilitation beschränken, § 40 Abs. 3 S. 2 f. SGB V

Gemäß § 40 Abs. 3 S. 2 f. SGB V sollen Krankenkassen bei einem Antrag auf eine vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation nicht mehr die medizinische Erforderlichkeit prüfen, sofern der Arzt oder die Ärztin die geriatrische Indikation durch geeignete Abschätzinstrumente überprüft hat. Die Fachverbände bewerten diese Vereinfachung positiv. Menschen mit Behinderung haben ebenfalls häufig einen besonders hohen und dringlichen Rehabilitationsbedarf. Dieser kann sich beispielsweise aufgrund schwerer neurologisch bedingter Beeinträchtigungen oder wegen schwerer multipler Erkrankungen und Syndrome ergeben. Ein vereinfachter Zugang zu Rehabilitationsleistungen könnte langfristig den Pflegebedarf reduzieren oder sogar verhindern.

Daher halten es die Fachverbände für sachgerecht, dass die medizinische Erforderlichkeit der ärztlich verordneten Rehabilitation ebenfalls nicht seitens der Krankenkasse überprüft wird, wenn bei dem Betroffenen eine schwergradige Beeinträchtigung und ein dringlicher Rehabilitationsbedarf unzweifelhaft bestehen und durch entsprechende Befundermittlung einschließlich Assessmentinstrumenten nachvollziehbar dokumentiert sind. Entsprechende Vorgaben können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen. Dabei sind insbesondere die Bedarfe von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen.

Dauer für alle Rehabilitationsmaßnahmen verlängern, § 40 Abs. 3 S. 13 SGB V

Nach § 40 Abs. 3 S. 13 SGB V sollen Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation künftig in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage und stationär für drei Wochen erbracht werden. Bislang bildete diese Zeitspanne, die nun für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation zur Regel erklärt wird, die Obergrenze.

Hier sollte es eine einheitliche Regelung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation geben und die Regelung in § 40 Abs. 3 S. 13 SGB V für alle Fallkonstellationen der Rehabilitation gelten.

Keine Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung, § 40 Abs. 3 S. 16 SGB V

Der Gesetzentwurf sieht in § 40 Abs. 3 S. 16 SGB V vor, dass Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bereits vor dem Ablauf von vier Jahren erneut eine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen können. Die Änderung wird begrüßt und folgt der Regelung zur Kinderrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, die durch das „Flexirentengesetz“ neu eingeführt wurde, § 15a Abs. 4 SGB VI. Sie trägt der Tatsache Rechnung, dass Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen einen möglichst flexiblen Rahmen für die Beurteilung, wann welche Leistung notwendig und zielführend ist, erfordern.

Die Fachverbände halten es aufgrund der Zuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung für erforderlich, dass die Vorschriften des SGB V und des SGB VI für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation auch hinsichtlich des weiteren Anspruchsinhalts harmonisiert werden und damit die Leistungen des SGB V ausweiten. Ungleiche Regelungen bestehen beispielsweise bei der Leistungsdauer. Zudem muss die Altersgrenze für den Anspruch auf Kinder- und Jugendrehabilitation einheitlich geregelt werden, sodass junge Erwachsene mit Behinderung, die nicht selbst für ihren Unterhalt sorgen können, sowohl im Rentenversicherungsrecht als auch im Krankenversicherungsrecht bis zum 27. Lebensjahr die Leistung zu den vergünstigten Konditionen erhalten können (vgl. für das Rentenversicherungsrecht §§ 15a Abs. 3 S. 2 i. V. m. 48 Abs. 4 Nr. 2d SGB VI).

Die Angleichung der Vorschriften ist auch vor dem Hintergrund angezeigt, dass die Regelung des § 15a SGB VI auf Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung häufig wohl keine Anwendung findet.

Nach § 15a SGB VI haben Kinder und Jugendliche nur einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen, wenn die angestrebte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes Einfluss auf ihre spätere Erwerbsfähigkeit haben kann. In diesem Zusammenhang haben uns Problemanzeigen erreicht, dass Anträge von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung häufig abgelehnt werden. Zur Begründung wird angeführt, dass eine spätere Erwerbstätigkeit der Antragsteller aufgrund ihrer geistigen Behinderung ohnehin nicht wahrscheinlich sei und somit nicht von einem positiven Einfluss der Reha-Maßnahme ausgegangen werden könne. Die Betroffenen sind damit auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nach dem SGB V zurückgeworfen. Eine Angleichung der Vorschriften des SGB V und des SGB VI würde die hierdurch entstandene Benachteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung beseitigen.

3. Weiterer Änderungsbedarf

Für Menschen mit geistiger Behinderung ist ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt regelmäßig eine große Herausforderung, da jede Abweichung vom Alltag große Ängste und Orientierungsschwierigkeiten auslösen kann. Außerdem sind ihre besonderen Bedürfnisse dem Einrichtungspersonal nicht immer bekannt, und die Kommunikation ist häufig schwierig. So können gerade bei Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf Versorgungsmängel auftreten.

Umso wichtiger ist die Begleitung und Unterstützung durch nahestehende Personen oder persönliche Assistenten. Bislang ist für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson die Zahlung einer Pauschale von 45 Euro am Tag vorgesehen. Dies reicht zur Finanzierung der Unterkunft und Verpflegung einer Privatperson.

Fehlt es aber an einem primären sozialen Netz aus Angehörigen und Freunden, die während des Aufenthaltes Unterstützung bieten können, oder kann der Pflege- bzw. Assistenzbedarf nur durch eine Fachkraft gedeckt werden, kommt es zu Problemen. Lebt ein Mensch mit Behinderung beispielsweise in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, wird die benötigte Unterstützungsleistung dann häufig durch deren Personal erbracht. Die notwendigen Personalersatzkosten für den in der Einrichtung während der Begleitung fehlenden Mitarbeiter können mit der Pauschale aber nicht ausreichend abgedeckt werden.

Zurzeit wird nur für diejenigen Menschen mit Behinderung, die ihr Pflegepersonal selbst als Arbeitgeber beschäftigen, die Betreuung durch eine Fachkraft während eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes weiterfinanziert (vgl. § 34 Abs. 2 S. 2 a. E. SGB XI; § 63b Abs. 4 SGB XII). Menschen mit einer geistigen Behinderung ist es aber oftmals nicht möglich, das Arbeitgebermodell zu wählen.

Die Fachverbände fordern daher, dass die Mitnahme und die Betreuung durch eine Fachkraft bei einem stationären Rehabilitationsaufenthalt für alle Menschen mit geistiger Behinderung oder hohem Unterstützungsbedarf finanziert werden, sofern dies erforderlich ist, um den Erfolg der Rehabilitationsleistung zu erreichen.