

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Corinna Rüffer, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 19/19368, 19/20720 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In den letzten Jahrzehnten haben medizinische und technische Entwicklungen dazu beigetragen, dass in Deutschland Menschen mit chronischen Erkrankungen, die überlebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung oder Stoffwechsel beeinträchtigen, deutlich länger und meist auch mit höherer Lebensqualität leben können. Auch mit schweren Verletzungen oder akuten Erkrankungen überleben heute deutlich mehr Menschen als noch vor 50 Jahren. Des Weiteren können Menschen, die früher jahre- oder jahrzehntelang im Krankenhaus behandelt werden mussten, heutzutage oft nicht stationär versorgt werden. Vielfach geht dies mit mehr sozialer Teilhabe einher. So können beispielsweise Menschen, die in den 1950er Jahren nur in einer „Eisernen Lunge“ überlebten, heute mit tragbaren Beatmungsgeräten an vielen familiären, sozialen und sonstigen Aktivitäten teilhaben. Aber auch Menschen im Wachkoma können bei ihren Familien sein. Voraussetzung dafür ist eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung, die in der Regel auf dem Gebiet der Intensivpflege spezialisiert sein muss.

Diese intensivpflegerische Versorgung wird oft von spezialisierten Pflegediensten und Betreibern von Pflege-Wohngemeinschaften erbracht, seltener in Pflegeheimen. Einige hundert behinderte Menschen organisieren die Versorgung selbstbestimmt und

eigenverantwortlich und nutzen ihre Expertise in eigener Sache, um selbst ausgewähltes Personal anzuleiten.

Die weitaus meisten auf außerklinische Intensivpflege angewiesenen Menschen werden hochwertig versorgt. In den letzten Jahren wurden aber einige Fälle bekannt, in denen kriminelle Organisationen die gepflegten und pflegenden Menschen betrogen und ausgebeutet haben. Die Bundesregierung hat dies zum Anlass genommen, ihren Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) vorzulegen, um damit laut Begründung einer Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege entgegenzuwirken. Dies betreffe insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und -patienten. Die Bundesregierung geht von einer fehlenden Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung aus, von einem Mangel an qualifizierten Pflegediensten und sieht Optimierungsbedarf in der Versorgungsqualität. Sie spricht von finanziellen „Fehlanreizen“ in Richtung einer ambulanten Versorgung und zitiert Presseberichte, die auf gezielten Abrechnungsbruch durch den Einsatz von nicht ausreichend qualifiziertem Personal schließen lassen. Die bestehenden Qualitäts- und Versorgungsmängel in der außerklinischen Intensivpflege würden nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten gefährden, sondern auch der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten schaden.

Deshalb regelt der Gesetzentwurf den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege mit der Einführung des § 37c SGB V neu. Demnach haben Versicherte „mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ künftig Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich ist. Die Leistung muss von besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzten verschrieben und dabei das Entwöhnungspotenzial erhoben und dokumentiert werden. In Krankenhäusern muss künftig vor einer Entlassung von entsprechenden Patientinnen und Patienten eine Einschätzung des jeweiligen Beatmungsstatus erfolgen und bei Bedarf kann eine Anschlussbehandlung verordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in Richtlinien unter anderem Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer in der außerklinischen Intensivpflege formulieren. Die Krankenkassen vereinbaren mit den Leistungserbringern darüber hinaus Rahmenempfehlungen, die beispielsweise auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorsehen. Für die künftigen Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege werden zudem Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen vorgeschrieben.

Es ist zunächst zu begrüßen, dass die Qualität in der außerklinischen Intensivpflege gesichert werden soll. Das ist im Sinne einer guten, qualitativen Versorgung für die Patientinnen und Patienten begrüßenswert und angebracht. Ebenso wichtig ist es, die Potentiale der Beatmungsentwöhnung auszuschöpfen. Denn die Entwöhnung von der künstlichen Beatmung stellt für die Menschen, bei denen dies möglich ist, einen enormen Zugewinn an Lebensqualität dar. Es nicht nachzuvollziehen, dass hier nicht schon längst entsprechende Anreize gesetzt worden sind.

Ein Kernelement des Gesetzes zur Umsetzung seiner Ziele ist jedoch sehr problematisch. Der Referentenentwurf („Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz“) hatte noch einen Vorrang der stationären Versorgung vorgesehen und intensivpflegerische Versorgung im häuslichen Umfeld nur als Ausnahmefall zugelassen. Das hatte völlig zu Recht einen starken Protest von Menschen ausgelöst, die dauerhaft auf künstliche Beatmung angewiesen sind, ansonsten aber in vielen Fällen selbstbestimmt ihr Leben führen können, beispielsweise bei einer fortschreitenden Muskelerkrankung oder einem hohen Querschnitt. Ihnen ein Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung vorzuschreiben, widerspricht dem Recht auf Selbstbestimmung eines jeden Menschen, dem Leitsatz „ambulant vor stationär“ und verhindert die Integration betroffener Menschen in den Alltag und ihr familiäres Umfeld. Ein glatter Bruch der UN-Behindertenrechtskonvention, der nicht akzeptiert werden kann. Die Konvention ist dort relevant, da Menschen, die über längere Zeit auf Pflege angewiesen sind, zur Gruppe der Menschen mit Behinderungen zählen.

Der Vorrang der stationären Leistungserbringung ist im vorliegenden Gesetzentwurf zwar abgeschwächt worden, das häusliche Umfeld ist jetzt explizit auch ein möglicher Ort der Leistungserbringung. Ihm sind aber andere, hohe Hürden auferlegt worden. Das betrifft insbesondere die Ausgestaltung der Finanzierung und die Auflagen für die Bewilligung der Leistung durch die Krankenkassen.

Diese praktischen und finanziellen Hürden für die Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit widersprechen dem Grundprinzip „ambulant vor stationär“ und dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen und sind deshalb abzulehnen.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation verschärft das GKV-IPReG mit seinen zahlreichen Ausnahmen und Sonderregelungen eine ohnehin unübersichtliche gesetzliche Grundlage für Rehabilitation noch weiter. Ein über alle Sozialgesetzbücher konsistentes Rehabilitationsrecht rückt damit erneut in weite Ferne. Sowohl die Mehrkostenbeteiligung bei der Wahl einer Rehabilitationseinrichtung als auch der erleichterte Zugang zur Rehabilitationsmaßnahme sind in den SGB V, IX und XI unterschiedlich geregelt und sorgen hier für eine Ungleichbehandlung, die dringend zu beseitigen ist.

Die geriatrische Rehabilitation muss gestärkt werden. Doch statt Fehlanreize über ungleich erleichterten Zugang zu einer bestimmten Rehabilitationsform zu setzen, sollte eher der tatsächliche Bedarf der Betroffenen berücksichtigt werden. Die Bundesregierung lässt hierbei völlig außer Acht, dass ältere Menschen durch das GKV-IPReG zukünftig wohl eher eine geriatrische Rehabilitationsleistung verschrieben bekommen als eine Rehabilitationsmaßnahme, die ihrem tatsächlichen Krankheitsbild entspricht. Damit wird die Rehabilitation nicht nur hinter ihrem tatsächlichen Potenzial zurückbleiben, sondern vielmehr wird es zu einer unabsehbaren Ressourcenfehlallokation zum Nachteil speziell indizierter Rehabilitationsmaßnahmen kommen.

Die Zielgruppe einer geriatrischen Rehabilitation würde statt einer stationären Behandlung eher von einem Ausbau des ambulanten, wohnortnahen und interprofessionellen Rehabilitationsangebots profitieren. Denn da sie hierfür ihr vertrautes Wohnumfeld nicht verlassen muss, könnte von einer höheren Nachfrage ausgegangen werden.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

in Bezug auf die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V (neu)

1. das verfassungsrechtlich und in Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention verbriefte Recht auf die freie Wahl des Wohnortes zu achten sowie den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu achten;
2. demzufolge die im Gesetz angelegten Hürden für die freie Entscheidung für ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit abzubauen und sicherzustellen, dass den Wünschen der Betroffenen über den Leistungsort in der außerklinischen Intensivpflege Rechnung getragen wird;
3. dafür Sorge zu tragen, dass die vorgesehene Überprüfung der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort nicht zu Lasten, sondern nur zu Gunsten der Betroffenen erfolgen kann, ausschließlich qualitätssichernden Charakter hat und bei Mängeln nicht zu Leistungsversagen, sondern zu einer Nachbesserungspflicht für die Krankenkassen führt;
4. den Sicherstellungsauftrag für eine angemessene Versorgung am gewünschten Leistungsort bei den Krankenkassen zu belassen und nicht den leistungsbeziehenden Menschen aufzubürden;

5. außerklinische Intensivpflege im Rahmen eines Persönlichen Budgets im Sinne von § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch abzusichern, da das damit einhergehende Verfahren eine stabile Versorgungssituation und die Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte im erforderlichen Maß gewährleistet;
 6. festzulegen, dass die Krankenkassen nicht nur zum Leistungsort, sondern vor allem zu anderen Fragen der Leistungserbringung beraten und auf unabhängige Beratungsangebote anderer Beratungsstellen hinweisen müssen;
 7. Zeiträume von bis zu drei Jahren zwischen den Überprüfungen vorzusehen, wenn der Medizinische Dienst bei zwei aufeinander folgenden Überprüfungen zum Ergebnis kommt, dass die Versorgungssituation stabil und sichergestellt ist;
 8. die Zuzahlung zur außerklinischen Intensivpflege im häuslichen Umfeld wie bisher bei der häuslichen Krankenpflege auf 28 Kalendertage zu begrenzen und somit keine Schlechterstellung für diesen Leistungsort bei den Zuzahlungen gegenüber dem Status quo vorzusehen;
 9. keine Schlechterstellung beim Leistungsumfang zuzulassen und nach den gleichen Maßstäben wie bisher auch die Finanzierung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zu gewährleisten;
 10. die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen gesetzlich für sechs Wochen weiter zu gewähren, nachdem der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt, damit Betroffene und ihre Angehörigen Zeit haben, sich auf die verändernde Versorgungssituation vorzubereiten;
 11. dafür Sorge zu tragen, dass bei der Erarbeitung der Richtlinien für die außerklinische Intensivpflege durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V und bei den Rahmenempfehlungen durch die Krankenkassen und Leistungserbringer nach § 1321 SGB V die Betroffenenengruppen über ihre Selbstvertretungsorganisationen ausreichend und barrierefrei beteiligt werden;
 12. dafür Sorge zu tragen, dass die Anforderungen an die pflegerische Qualifikation in der außerklinischen Intensivpflege nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sondern von den Krankenkassen und Leistungserbringern bei den Rahmenempfehlungen nach § 1321 SGB V sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufsverbände auf Bundesebene und der Bundespflegekammer sowie den Interessenvertretungen der pflegebedürftigen Menschen erarbeitet werden;
 13. sicherzustellen, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in der außerklinischen Intensivpflege berücksichtigt werden, indem nicht nur bei den Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, sondern auch bei den Rahmenempfehlungen der Krankenkassen und Leistungserbringer nach § 1321 SGB V eine Differenzierung nach Altersgruppen vorgesehen wird und bei den Versorgungsverträgen nach § 1321 Absatz 5 SGB V die entsprechenden Leistungsorte berücksichtigt werden, damit den besonderen Anforderungen in der Kinderkranken- und Kinderkrankenintensivpflege Rechnung getragen werden kann, etwa der Einbezug der Eltern oder die besondere fachliche Qualifikation der Pflegekräfte bei der Versorgung von Kindern;
 14. alle getroffenen Regelungen insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen, auf die Versorgungsqualität und die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen zeitnah und regelmäßig zu evaluieren;
- darüber hinaus
15. für eine gerechtere Finanzierung für alle pflegebedürftigen Menschen zu sorgen, indem die medizinische Behandlungspflege unabhängig vom Leistungsort von den Krankenkassen finanziert wird, also auch in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe;

16. mit der „doppelten Pflegegarantie“ eine Reform der Pflegeversicherung durchzuführen, die das Risiko steigender Pflegekosten von den wenigen Schultern der pflegebedürftigen Menschen fair auf die vielen Schultern der Versichertengemeinschaft umverteilt, indem die Eigenanteile für die pflegerischen Kosten gedeckelt werden und die Pflegeversicherung die darüber hinausgehenden Kosten übernimmt (vgl. BT-Drs. 19/14827);
17. den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen deutlich entschiedener zu bekämpfen. Dazu sind vor allem attraktivere Arbeitsbedingungen und gute, tarifliche Löhne nötig. Weitere wichtige Faktoren sind: Erleichterung der Zuwanderung von ausländischen Fachkräften, patientenorientierte Pflegeprozessorganisation nach internationalen Standards, vollständige Einbeziehung in die Digitalisierung des Gesundheitswesens, eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch alters- und geschlechtersensible Personalkonzepte und umfassende Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz;

in Bezug auf die Rehabilitation

18. die ärztliche Verordnung einer medizinischen Rehabilitation ohne zusätzliche Bedarfsfeststellung der Krankenkassen anzuerkennen, wenn für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs anerkannte Diagnoseverfahren und/oder Assessments verwendet werden;
19. den § 40 Absatz 3 SGB V dahingehend anzupassen, dass für jede ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme „in der Regel“ statt „längstens“ 20 Behandlungstage zur Verfügung stehen;
20. den Aufbau eines flächendeckenden Netzes an Einrichtungen für die ambulante und mobile geriatrische Rehabilitation unter Berücksichtigung des zwar regional variierenden, jedoch insgesamt zunehmenden Bedarfs zu fördern;
21. den Zugang zu ambulanter und mobiler geriatrischer Rehabilitation zu erleichtern;
22. das Antragsrecht der Versicherten neben der ärztlichen Verordnung als weiteren Zugangsweg zur medizinischen Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung) zu erhalten;
23. den § 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V dahingehend zu ändern, dass Versicherte durch die Wahl einer anderen zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, die die notwendigen Erfordernisse erfüllt, keine Mehrkosten zu tragen haben, wenn der Einrichtungsträger eine Vergütungsvereinbarung oder einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen hat;
24. den erleichterten Zugang zu Rehabilitation, der durch die SGB V, IX und XI geregelt wird, dahingehend zu vereinheitlichen, dass keine Ungleichbehandlung zwischen den Verfahren fortbesteht.

Berlin, den 30. Juni 2020

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

