



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz - IPReG)

Stand 09.06.2020

IKK e.V.

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Gesetzentwurfs.....	5
Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)	5
§ 37c (neu) Nr. 2 Abs. 1: Außerklinische Intensivpflege	5
§ 37c (neu) Abs. 1, 2: Außerklinische Intensivpflege	7
§ 92: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	8
§ 132j (neu): Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung	9
§ 275b: Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	11
Ergänzender Änderungsbedarf.....	12
§ 68c (neu) SGB V: Regionale Versorgungsinnovationen.....	12

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen das Ziel des Gesetzentwurfs, den Zugang der Versicherten zur Rehabilitation zu stärken. Ausdrücklich befürworten sie die Initiative des Gesetzgebers, die Fehlanreize im Bereich der intensiv-pflegerischen Betreuung besonders für Beatmungspatienten zu beseitigen. Der Ansatz des Gesetzentwurfs, Beatmungspatienten durch entsprechende Maßnahmen von der künstlichen Beatmung zu entwöhnen und damit ein unabhängiges Leben zu ermöglichen, ist ohne Abstriche zu unterstützen. Die auf medizinisch-wissenschaftlicher Seite genannte Zieloption, zwei Drittel der derzeitigen Beatmungspatienten zu entwöhnen, verdeutlicht den dringend bestehenden Handlungsbedarf. Dass sich in der Öffentlichkeit die Kritik nicht an diesem Versorgungsmissstand sondern an dem damit verbundenen Primat einer stationären Versorgung entzündete, hat überrascht. Dennoch ist es richtig, dass der Gesetzentwurf an dieser Stelle so erarbeitet wurde, auch wenn die Änderungen nun zu weitreichend sein sollten.

Intensiv-medizinische Betreuung

Das Vorhaben, Entwöhnungspotential von Beatmungspatienten im Rahmen der Krankenhausentlassung besser zu prüfen, ist ein längst überfälliger und wichtiger Schritt, um die Versorgung von Patienten zu verbessern, dem weiter eskalierenden Fachkräftemangel und den fortschreitenden Qualitätsdefiziten in der Versorgung sowie dem leider kontinuierlich wachsenden Problem des Abrechnungsbetrugs im Intensivpflegebereich entgegenzuwirken.

Die bisherige Gestaltung der Intensivpflege hat zu massiven Fehlanreizen geführt, sowohl in pflegerischer als auch finanzieller Hinsicht. In diesem Zusammenhang wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt, dass den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet wird, in spezialisierten stationären Einrichtungen neben den Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des elften Buches, nun auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI als Satzungsleistung vorzusehen. Dadurch wird eine Entscheidung zur stationären Unterbringung für Patienten in der Intensivpflege und ihre Angehörigen nochmals deutlich erleichtert.

Angesichts der Morbidität der betroffenen Personengruppe, ist zwingend auch eine Vorgabe zur Kooperation mit Leistungserbringern für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderlich.

Abrechnungsbetrug

Die Problematik des Abrechnungsbetrugs in der Pflege (SGB V und SGB XI) hat in jüngster Zeit – nicht zuletzt aufgrund der medialen Berichterstattung – insgesamt an Bedeutung zugenommen.

Die jetzt vorgeschlagenen Änderungen sind nach den gesetzlichen Anpassungen im PSG II und III sowie dem TSVG ein weiterer Schritt, die Qualität in der Versorgung zu verbessern sowie Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten insbesondere bei der häuslichen Intensivpflege zu beseitigen. Gerade in diesem Bereich ist eine deutliche Zunahme von Verdachtsfällen auf Fehlverhalten zu beobachten.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen bestehen jedoch weiterhin Lücken und Anpassungspotentiale. Dies gilt insbesondere bei der Herstellung von Transparenz für das in der Versorgung der Versicherten eingesetzte Personal und die Leistungsabrechnung, der Ausweitung der Prüfmöglichkeiten der Kranken- und Pflegekassen sowie der Schaffung einer bundesweiten Betrugspräventions-Datenbank.

Geriatrische Rehabilitation

Die Einführung eines geriatrischen Assessments zur Ermittlung des geriatrischen Rehabilitationsbedarfs wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Eine Prüfung durch die Krankenkassen muss es auch weiterhin geben. Wirtschaftlichkeit und Transparenz bei der Verordnung kann nur auf Basis eines MD-Gutachtens gewährleistet werden.

Sonstige Regelungen

Die Erweiterung des Strukturfonds nach Vorbild des § 105 SGB V auf den vertragszahnärztlichen Bereich lehnen die Innungskrankenkassen ab, da keine Unterversorgung in diesem Bereich vorliegt und auch prognostisch nicht erwartet wird.

Des Weiteren möchten die Innungskrankenkassen mit Blick auf die geplanten bundeseinheitlichen Vorgaben des § 111 Abs. 2 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) anregen, dass für Einrichtungen in denen keine Tarifverträge gelten, bundeseinheitliche Richtwerte festgelegt werden, an denen die Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene ausgerichtet werden können.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfs. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

§ 37c (neu) Nr. 2 Abs. 1: Außerklinische Intensivpflege

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Der Anspruch besteht für Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben und bei denen die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft notwendig ist.

Bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten ist vor der Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen, inwieweit eine Reduzierung oder Beatmungsentwöhnung möglich ist.

Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt.

Der G-BA soll in den Richtlinien nach § 92 SGB V innerhalb eines Kalenderjahres nach dem Inkrafttreten des Gesetzes den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bestimmen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgesehenen Regelungen zur Beförderung des Anreizes stationärer Versorgungsangebote der Intensivpflege. Insbesondere eine Beatmungsentwöhnung (Weaning) ist grundsätzlich eine ärztliche Aufgabe und kann nicht ohne weiteres an Pflegekräfte übertragen werden. Deshalb wird angeregt, den Träger der Intensivpflege gesetzlich zur Kooperation mit einem oder mehreren qualifizierten Fachärzten nach dem Muster des § 119b SGB V zu verpflichten.

Die Verordnungsermächtigung durch einen ausschließlich dafür qualifizierten Vertragsarzt wird befürwortet und unterstützt. Hierdurch wird der Zugang für diese Leistung der

außerklinischen Intensivpflege qualitätsgesichert geprüft und im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit verordnet, ohne dabei das individuelle Rehabilitationspotential vor- eilig zu vernachlässigen.

Indem bundesweit einheitlich und verbindlich der Leistungsinhalt und -umfang, der Leistungszugang sowie die Anforderungen an die Zusammenarbeit aller beteiligten Leistungserbringer und deren Qualifikationsanforderungen bestimmt werden, werden erstmals auch für die Krankenkassen einheitliche Normen gesetzt. Dies ist notwendig, um gute und qualitätsgesicherte Arbeit angemessen zu vergüten und um Leistungserbringer, die notwendige fachliche Voraussetzungen zum Erreichen der gebotenen intensivpflegerischen Struktur- und Prozessqualität nicht erfüllen, vom Anspruch eines Vertragsabschlusses grundsätzlich auszuschließen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37c (neu) Abs. 1, 2: Außerklinische Intensivpflege

Beabsichtigte Neuregelung

Eine außerklinische Intensivpflege ist explizit auch in der Häuslichkeit möglich, sofern eine medizinische und pflegerische Versorgung dauerhaft sichergestellt werden kann.

Wünschen der Versicherten nach Ort der Leistung muss entsprochen werden, sofern diese möglich ist. Letzteres wird durch den MD durch persönliche Begutachtung festgestellt. Sofern der Patient den Zutritt zum Wohnraum verweigert, kann die Leistung verweigert werden. Es wird eine Bestandsgarantie für alle aktuellen Patienten eingeführt.

Bewertung

Im Unterschied zum Referentenentwurf des RISG wurde auf die bewusste Umkehrung des allgemeinen Grundsatzes „ambulant vor stationär“ für den Bereich der Intensivpflege verzichtet. Offensichtlich war die kritische Betrachtung durch die Fachverbände dem Gesetzgeber Grund genug, von dieser politischen Forderung wieder Abstand zu nehmen. Aus der Sicht der Innungskrankenkassen hätte durch das Primat einer stationären Versorgung zugleich eine qualitativ hochwertige als auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet werden können. Es wäre wünschenswert gewesen, Ausnahmen von der stationären Pflege im Entwurf stärker zu fokussieren. Bereits jetzt bestehen in der Organisation der außerklinischen Intensivpflege erhebliche Schwierigkeiten, die durch den herausragenden Mangel an qualifizierten Fachkräften ebenso bedingt werden, wie durch die sprunghafte Entwicklung der AKI-Fallzahlen. Dies führt bereits heute zum Nachteil der Versicherten zu Versorgungsengpässen und dem kontinuierlichen Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 92: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA wird ermächtigt, eine neue Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege zu erarbeiten.

Träger vollstationärer Einrichtungen müssen während der Erarbeitungsprozesse einbezogen werden.

Bewertung

Selbstredend sind Richtlinien für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege angezeigt, um den besonderen Bedarf von intensivpflegebedürftigen Menschen angemessen zu berücksichtigen und dabei insbesondere eine qualitätsgesicherte Versorgung nach den aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards im gesamten Bundesgebiet einheitlich zu gewährleisten. Es wird angeregt, analog dem neuen § 132j Abs. 1 SGB V eine konkrete terminliche Vorgabe für die Erarbeitung der neuen Richtlinie nach § 92 SGB V von zwölf Kalendermonaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zu ergänzen. Nur so kann die gesetzlich angelegte Frist von 24 Kalendermonaten für die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege eingehalten werden.

Änderungsvorschlag

b) Nach Absatz 7f wird folgender Absatz 7g eingefügt:

„(7g) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist den in § 132j Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. **Die Richtlinien sind bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu vereinbaren.**“

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 132j (neu): Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV und die Verbände der Leistungserbringer werden verpflichtet, Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege auszuhandeln. In den Rahmenempfehlungen sollen u.a. strukturelle Anforderungen an Wohneinheiten, einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen sowie Maßnahmen bei Vertragsverstößen enthalten sein. Für den Fall, dass keine Einigung erzielt werden kann, muss eine Schiedsstelle eingerichtet werden.

Die Schiedsstelle soll aus sechs Vertretern der Krankenkassen, je zwei Vertretern der vollstationären Pflegeeinrichtung, der Leistungserbringer nach Absatz 5 Nummer 3 und der Pflegedienste sowie zwei unparteiischen Mitgliedern bestehen.

Die Leistungserbringer werden verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 durchzuführen.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, den Gesundheitsämtern jegliche Leistungserbringer zu melden, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege für die Krankenkassen erbringen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass einheitliche Rahmenempfehlungen ausgehandelt werden sollen, insbesondere, dass nach § 132i Abs. 6 SGB V Verträge nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Voraussetzungen gemäß Rahmenempfehlungen erfüllen.

Bei der Einrichtung der Schiedsstelle fordern die Innungskrankenkassen jedoch eine Besetzung, die eine Mehrheitsentscheidung ermöglicht, da ein Ausgleich der Interessen aufgrund des Gleichgewichts der Stimmen schwer möglich scheint.

Darüber hinaus ist zu begrüßen, dass diese Leistungserbringer auch verpflichtet sind, an den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen.

Änderungsvorschlag

Zu § 132j (neu) Abs. 4 Satz 2 SGB V:

„Sie besteht aus sechs Vertretern der Krankenkassen, je zwei Vertretern der vollstationären Pflegeeinrichtungen, der Leistungserbringer nach Absatz 5 Nummer 3 und der Pflegedienste sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und ~~einem~~ **zwei** weiteren unparteiischen Mitgliedern.“

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr.16

§ 275b: Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die Prüfung der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege geregelt, sofern sie von Leistungserbringern erfolgt, die auch Regelprüfungen nach § 114 SGB XI unterliegen.

Bewertung

Es handelt sich um eine folgerichtige Änderung des § 275b SGB V, die von den Innungskrankenkassen begrüßt wird. Es wird angeregt, bei hinreichendem Verdacht auf Vertragsverletzungen – unabhängig von einer Regelprüfung nach der Maßgabe des § 114 SGB XI – anlassbezogene Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 275b SGB V im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auch Regelprüfungen bei Leistungserbringern zu veranlassen, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen Verträge nach § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder Nummer 2 abgeschlossen haben und die einer Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen. **Bei hinreichendem Verdacht auf Vertragsverletzungen können, unabhängig von einer Regelprüfung nach § 114 SGB XI, auch anlassbezogene Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege erfolgen.**“

Ergänzender Änderungsbedarf

Stellungnahme des Bundesrates – Nr. 5

Zu Artikel 1 Nummer 6b (neu)

§ 68c (neu) SGB V: Regionale Versorgungsinnovationen

Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenkassen wird es in Regionen mit festgestellter (drohender) ärztlicher Unterversorgung oder besonderem Versorgungsbedarf ermöglicht, Versorgungsinnovationen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zugelassenen Leistungserbringern oder deren Verbänden sowie mit Anbietern von digitalen Gesundheitsanwendungen zu vereinbaren und umzusetzen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die durch den Bundesrat vorgesehene Erweiterung der Vertragsabschlusskompetenz der Krankenkassen. Dies dient gerade der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags der Krankenkassen, die Digitalisierung und die elektronische Kommunikation der Leistungserbringer zu unterstützen. Der fachfremde Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 6a, 14a und 14b (§§ 63, 137g, 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) greift den Bedarf zur weiteren Öffnung der selektivvertraglichen Regelungen für Versorgungsinnovationen ausdrücklich für den Selektivvertragsbereich auf. Die Regelungen der §§ 140a ff. stellen jedoch eine reine selektivvertragliche Lösung dar und betreffen nicht wie im § 68 strukturelle Maßnahmen. Wenn schon Versorgungsinnovationen im Selektivvertragsbereich gem. 140a z.B. aus Innovationsfondsprojekten (häufig mit digitalen Ansätzen) zugelassen werden, dann müssen den Krankenkassen folgerichtig auch regionale Versorgungsinnovationen ermöglicht werden, um regional mehr Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis der Krankenkassen zu schaffen.

Änderungsvorschlag

Nach § 68b wird folgender § 68c eingefügt:

„§ 68c

Regionale Versorgungsinnovationen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Regionen, in denen der Landesaus-
schuss nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 eine ärztliche Unterversorgung, eine
drohende ärztliche Unterversorgung oder einen besonderen Versorgungsbedarf festge-
stellt hat, Versorgungsinnovationen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zugelasse-
nen Leistungserbringern oder deren Verbänden sowie mit Anbietern von digitalen Ge-
sundheitsanwendungen vereinbaren und umsetzen. § 63 Absatz 3a gilt entsprechend.
Leistungserbringer können ihren Beitritt schriftlich oder elektronisch, auch abweichend
von § 56 des Zehnten Buches und § 36a des Ersten Buches nicht qualifiziert elektro-
nisch signiert, erklären. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Ver-
sorgungsinnovationen in geeigneter Form.“