

VERSORGUNG VERBESSERN OHNE SELBSTBESTIMMUNG DER PATIENTEN EINZUSCHRÄNKEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands

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

11. Juni 2020

Impressum

Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V.

Team

Gesundheit

Rudi-Dutschke-Straße 17

10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN	5
1. Keine Einschränkung der Selbstbestimmung der Patienten.....	5
2. Erleichterungen beim Zugang zur Rehabilitation, Versichertenwahlrecht volumfänglich stärken	6

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) unterstützt ausdrücklich das Ziel des Gesetzentwurfs, die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege – einem hochsensiblen Versorgungsbereich – zu erhöhen. Hier bestehen eine Vielzahl von Versorgungsproblemen und eklatante Defizite, die behoben werden müssen. Keinesfalls darf jedoch das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten¹ die außerklinische Intensivpflege erhalten, derart eingeschränkt werden. Krankenkassen dürfen nicht aus Kostenüberlegungen über den Wohn- und Aufenthaltsort eines Patienten bestimmen.

Besonders begrüßt der vzbv die Erleichterungen beim Zugang zur Rehabilitation. Bisher besteht hier – auch aufgrund von fehlenden Anreizen zur Leistungsgewährung für die Krankenkassen – eine Unterversorgung. Aus gesellschaftlicher Sicht ist die Stärkung der Rehabilitation, insbesondere auch zur Verhinderung beziehungsweise Verzögerung des Fortschreitens von Pflegebedürftigkeit, ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Der vzbv weist jedoch darauf hin, dass im Hinblick auf Zugangshürden nun zwischen geriatrischer Rehabilitation und anderen indikationsspezifischen Rehabilitationsarten unterschieden wird. Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten sollte diese Differenzierung überprüft und gegebenenfalls nachjustiert werden. Damit allen Verbrauchern tatsächlich ein Wunsch- und Wahlrecht gewährt wird, fordert der vzbv außerdem, den Mehrkostenvorbehalt in Gänze und nicht nur hälftig abzuschaffen.

¹ Die im weiteren Text gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf Personen aller Geschlechter. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Mehrfachbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. EINLEITUNG

Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs ist es, die Versorgung von Patienten in der außerklinischen Intensivpflege zu verbessern. Außerdem zielt der Gesetzentwurf darauf ab, den Zugang zur Rehabilitation im Rahmen des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuches V zu erleichtern.

Im Einzelnen sind die Folgenden wesentlichen Neuregelungen im Gesetzentwurf enthalten:

- ❖ Die Einführung eines neuen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege.
- ❖ Eine Reduzierung der Eigenanteile von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege.
- ❖ Die Definition von Anforderungen an Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege.
- ❖ Bundesweite Rahmenempfehlungen über Leistungen der außerklinischen Intensivpflege.
- ❖ Klare Vorgaben zur Beatmungsentwöhnung.
- ❖ Ein leichter Zugang zur geriatrischen Rehabilitation: die Überprüfung der Krankenkassen entfällt, eine ärztliche Verordnung reicht aus. Bei anderen Indikationen sollen die Krankenkassen nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes von der ärztlichen Verordnung abweichen dürfen.
- ❖ Anschlussrehabilitationen sollen in bestimmten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu definierenden Fällen, ohne vorherige Überprüfung der Krankenkassen erbracht werden können.
- ❖ Bei der Wahl einer anderen als der von der Krankenkasse bestimmten Rehabilitationseinrichtung müssen Versicherte die Mehrkosten nur noch hälftig tragen.
- ❖ Krankenkassen und Leistungserbringer sollen auf Bundesebene Rahmenempfehlungen für die Rehabilitation vereinbaren.

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages führt am 11. Juni 2020 eine Anhörung zum vorliegenden Gesetzentwurf durch. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, zu den geplanten Neuregelungen aus Verbrauchersicht Stellung nehmen zu können. Im Folgenden wird auf einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs, die für Verbraucher von besonderer Relevanz sind, detaillierter eingegangen.

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. KEINE EINSCHRÄNKUNG DER SELBSTBESTIMMUNG DER PATIENTEN

Der vzbv unterstützt die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die Qualität in der intensivpflegerischen Versorgung zu verbessern, ausdrücklich. Um einer Fehlversorgung in diesem hochsensiblen Versorgungsbereich entgegenzuwirken, sieht der Gesetzentwurf verschiedene Maßnahmen vor: eine klare Definition der Anforderungen an Leistungserbringer in der außerklinischen Intensivpflege, bundesweite Rahmenempfehlungen über Leistungen der außerklinischen Intensivpflege, Regelungen zur Qualitätssicherung und außerdem Regelungen zur Beatmungsentwöhnung, um den bisher bestehenden Versorgungsproblemen, Defiziten und Fehlanreizen zu begegnen.

Der vzbv begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen und bewertet diese als geeignet, um die Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege zu erhöhen. Insbesondere im Bereich der sogenannten Beatmungs-Wohngemeinschaften sind in der Vergangenheit erhebliche Mängel in der Versorgungsqualität deutlich geworden. Notwendige Instrumente zur Qualitätssicherung fehlen bisher beziehungsweise können hier nicht angewandt werden.

Zugleich sieht der Gesetzentwurf gemäß § 37c Absatz 2 jedoch in den Fällen, in denen die Patienten die Erbringung der außerklinischen Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit, in ihrer Familie, in Schulen, Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder in einer Wohneinheit gemäß § 132j Absatz 5 Nummer 1 wünschen, eine regelhafte jährliche sowie zusätzlich anlassbezogene Überprüfung durch die Krankenkasse vor, ob die Voraussetzungen für die intensivpflegerische Versorgung am gewünschten Ort erfüllt sind. Diese Überprüfung ist persönlich und durch den Medizinischen Dienst durchzuführen.

Der vzbv bewertet die jährliche Überprüfung des Orts der Erbringung der Leistung durch die Krankenkassen als eklatanten Eingriff in das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten sowie ihr Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Keinesfalls berechtigt das Wirtschaftlichkeitsgebot zu einem derartigen schweren Eingriff in die Grundrechte der Menschen, die auf außerklinische Intensivpflege angewiesen sind. Der vzbv lehnt die vorgesehene Regelung daher grundsätzlich und entschieden ab.

Wenngleich dieser Eingriff in die Grundrechte der Patienten in der außerklinischen Intensivpflege – zum einen das Selbstbestimmungsrecht gemäß Art. 2 Abs. 1 und zum anderen das Recht auf Schutz von Ehe und Familie gemäß Art. 6 Abs. 1 – vom Grundsatz her abzulehnen ist, soll im Folgenden auf die Auswirkungen der Neuregelungen auf Patienten und ihre Angehörigen und Familien hingewiesen werden – einer extrem belasteten und vulnerablen Gruppe: Mit der formulierten Neuregelung würde der Bereich der außerklinischen Intensivpflege zum Wettbewerbsfeld der Krankenkassen werden. Patienten und ihre Familien sähen sich dann – vergleichbar mit der Hilfsmittelversorgung – im ständigen Kampf um die Bewilligung durch die Krankenkasse. Durch die jährliche und anlassbezogene Prüfung leben die Patienten in ständiger Unsicherheit, ob sie den für sich selbst gewählten Wohn- und Aufenthaltsort verlassen und in eine Pflegeeinrichtung umziehen müssen: Eine höchst belastende Situation. Gerade in die-

ser Personengruppe – bei Betroffenen wie Angehörigen – fehlen außerdem die Ressourcen für die bürokratische Auseinandersetzung mit der Krankenkasse, um Rechtsmittel einzulegen und ihr Recht durchzusetzen.

Zu begrüßen ist zwar, dass die Eigenanteile, die die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten haben, erheblich reduziert werden sollen. So sieht der Entwurf in § 37c, Absatz 3, Satz 1 vor, dass die Kosten für die medizinische Behandlungspflege, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionskosten zukünftig von den Kassen übernommen werden sollen.

Der vzbv bewertet die Ungleichbehandlung bei der Frage der Kostentragung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor jedoch als äußerst bedenklich. Hier wird anscheinend versucht einen finanziellen Anreiz für Betroffene zu setzen in die vom Gesetzgeber favorisierte stationäre Versorgung zu wechseln. Für Betroffene wie Angehörige sollte allerdings in dieser ohnehin schweren Lage das Wunsch- und Wahlrecht bei der Frage des Leistungsortes weder direkt noch indirekt eingeschränkt werden. Betroffene sollten nicht genötigt werden, ihr Zuhause zu verlassen, erst recht nicht aus finanziellen Erwägungen. Der Geldbeutel darf auch zukünftig nicht über den Leistungsort entscheiden.

Problematisch ist aus Sicht des vzbv außerdem, dass die Krankenkassen diese Leistungen als Satzungsleistungen auch nach Erlöschen des Anspruchs nach § 37c fortführen können. Dies erweitert die wettbewerblichen Spielräume der Kassen in bedenkenswerter Weise. In diesem Versorgungsbereich braucht es für Patienten allgemein gültige Regelungen.

2. ERLEICHTERUNGEN BEIM ZUGANG ZUR REHABILITATION, VERSICHERTENWAHLRECHT VOLLUMFÄNGLICH STÄRKEN

Prävention und Rehabilitation haben im deutschen Gesundheitswesen noch immer einen zu geringen Stellenwert. Gerade bei der Rehabilitation kommt es für Versicherte immer wieder zu Verzögerungen in der Versorgung. Krankenkassen gewähren die Leistung in vielen Fällen erst nach einem Widerspruchsverfahren. Gerade älteren und schwer erkrankten Menschen fehlt es jedoch häufig an den notwendigen Ressourcen, dem Fachwissen und der Unterstützung, um ihr Recht in dieser Situation durchzusetzen.

Ein Grund für die Unterversorgung im Bereich der Rehabilitation sind auch die fehlenden Anreize der Krankenkassen, Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung beziehungsweise Verminderung von Pflegebedürftigkeit zu finanzieren: Die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen profitieren finanziell nicht beziehungsweise nur eingeschränkt von der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Die Kosten der Pflegebedürftigkeit tragen die Pflege- nicht die Krankenkassen. Die Kosten der Rehabilitation müssen die Krankenkassen wiederum aus ihrem eigenen Budget tragen,

das dem Wettbewerb unterliegt. Im Rahmen der Pflegeversicherung werden den Pflegekassen alle Leistungsausgaben erstattet (Ist-Kosten-Ausgleich)².

Vor diesem Hintergrund begrüßt der vzbv die Erleichterung beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen des Fünften Sozialgesetzbuches ausdrücklich: insbesondere den Wegfall der Prüfung der Krankenkassen zur Erforderlichkeit bei der geriatrischen Rehabilitation und die Neuregelungen zur Anschlussrehabilitation. Diese Regelungen erleichtern vielen Patienten den Zugang zur Rehabilitation.

Aus Patientensicht kritisch zu bewerten ist die Unterscheidung zwischen geriatrischer Rehabilitation und allen übrigen Indikationen. Hier sollte überprüft werden, ob die umfassendere Regelung – der vollständige Verzicht auf eine Überprüfung durch die Krankenkassen – auf weitere Indikationsbereiche ausgeweitet werden sollte. Im Sinne der Patienten ist es zentral, dass auch weiterhin eine der Indikation, das heißt den Bedarfen entsprechende Versorgung stattfindet. Sind die Zugangshürden für verschiedene Rehabilitationsindikationen nun unterschiedlich hoch, könnte dies eine ungewünschte und den Bedarfen der Versicherten entgegenstehende Steuerungswirkung entfalten. Dieser Aspekt könnte gegebenenfalls auch im Rahmen der Evaluation untersucht und die Regelung entsprechend nachjustiert werden.

Zur Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten, bewertet der vzbv eine Änderung der Mehrkostenregelung (§ 40 Absatz 2 Satz 4) positiv. Die Regelung besagt bisher, dass Versicherte für die stationäre Rehabilitation auch eine andere als die von der Krankenkasse bestimmte zertifizierte Einrichtung auswählen können. Die Mehrkosten müssen Verbraucher in diesen Fällen jedoch selbst tragen. Um allen Verbrauchern aber tatsächlich die Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts zu ermöglichen, sollte der Mehrkostenvorbehalt bei der Wahl einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung nicht nur hälftig, sondern gänzlich gestrichen werden.

² Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=491> (abgerufen am 4. Juni 2020).