

AMBULANTE DIENSTE

Außerklinische Intensivpflege

Gesetzgebung in drei Phasen

Am 18. September 2020 hat der Bundesrat das maßgeblich von den Krankenkassen initiierte Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) bestätigt. Damit wird die außerklinische Intensivpflege einer umfangreichen Neuregelung ausgesetzt.

Von Sebastian Lemme

Heidenheim // Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wurde immer deutlicher, was mit der Neuregelung bezweckt werden sollte: nämlich eine umfangreiche Reduktion des Leistungsanspruchs der Versicherten, die sich in ihrer Häuslichkeit versorgen lassen. Das Gesetzgebungsverfahren lässt sich rückschauend in drei Phasen einteilen.

Phase 1: „Empörungsphase“

Mit dem Rehabilitations- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG) wurde das Gesetzgebungsverfahren eröffnet. Das RISG war so eklatant verfassungswidrig, dass von vornherein deutlich war, dass dieses Gesetz nicht Bestand haben würde. Die Leistungsreduktion für die Krankenkassen sollte durch eine Zwangseinweisung der Versicherten aus der personalintensiven häuslichen Versorgung in stark kohortierte vollstationäre Versorgungen erreicht werden.

Phase 2: Die „Leistungskürzung“

Nachdem das RISG zurückgezogen wurde brachte das BMG das GKV-IP-

ReG in den Gesetzgebungsprozess. Mit dem GKV-IPReG wurde die Leistungskürzung des Anspruchs der Versicherten auf die Leistungen der „medizinischen Behandlungspflege“ eingeführt. Bisher hatten die Versicherten einen Anspruch auf „Behandlungspflege“. Der Anspruch auf Behandlungspflege umfasst in Anlehnung an die Rechtsprechung des BSG „alle verrichtungsbezogenen, krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“. Mit anderen Worten alle Pflegemaßnahmen die durch die schwere Krankheit begründet waren mussten von der Krankenversicherung getragen werden. Diese Pflicht bestand übrigens seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 auch für Versicherte, die sich in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgen ließen.

Der Anspruch auf „medizinische Behandlungspflege“ umfasst nur die Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in dem entsprechenden Leistungskatalog als Leistungen vermerkt sind. Unter dem Eindruck der Gesetzesnovelle aus dem Jahr 2017 wurde der Leistungskatalog der häuslichen Krankenpflege auf sämtliche Leistungen der körperbezogenen Pflegemaß-

nahmen ausgeweitet. Deshalb besteht im Ergebnis aktuell eine hohe Deckungsgleichheit zwischen dem Anspruch auf „Behandlungspflege“ und dem Anspruch auf „medizinische Behandlungspflege“. Durch eine Veränderung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung durch den kassendominierten Gemeinsamen Bundesausschuss kann der Leistungsumfang eigenmächtig von den Krankenkassen verändert werden. Im Ergebnis können also jederzeit Leistungskürzungen vorgenommen werden.

Ein Unterschied besteht darüber hinaus bereits zu diesem Zeitpunkt in Bezug auf die Qualifikation der Pflegenden. Denn während die Behandlungspflege auch durch Laien erbracht werden kann, ist dies bei der medizinischen Behandlungspflege nicht der Fall. Dementsprechend werden Leistungen, die von Pflegehelfern erbracht werden zukünftig nicht mehr von den Krankenkassen erstattet werden.

Diese gravierende Veränderung blieb weitestgehend unbemerkt, weil nach der „Empörungsphase“ das Hauptaugenmerk beim IPReG darauf gerichtet war, die „Zwangsverweisung“ abzuschaffen.

Phase 3: „Leistungsverschiebung“

Aufgrund der Leistungskürzungen wird deutlich, dass zukünftig Leistungslücken entstehen werden. Das Problem für die Gesetzlichen Krankenkassen bestand nunmehr darin, diese Lücken zu schließen. Im Rahmen der öffentlichen Anhörung des

// Die Sozialämter werden künftig verpflichtet, wesentliche Kostenanteile der häuslichen Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege zu übernehmen. //

Sebastian Lemme

Gesundheitsausschusses kündigte der Vertreter des GKV-Spitzenverbandes unter Zustimmung des Vertreters des Gemeinsamen Bundesausschusses die Einführung der „Zielvereinbarung“ an.

Dieser Mechanismus wurde durch die Änderungsanträge der GroKo zum IPReG in das Gesetz eingeführt. Die Zielvereinbarung ist im Ergebnis der Mechanismus, mit dem weitere Leistungsträger in die Versor-

gung der häuslich versorgten intensivpflege Bedürftigen eingebunden werden sollen. Dies wird vornehmlich das örtliche Sozialamt sein. Dabei ist offen, ob eine Leistungspflicht als Leistungen zur Teilhabe, als Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ oder der „Hilfe zur Krankenbehandlung“ besteht.

Länder in der Pflicht

Es bleibt das erklärte Ziel des Selbst-HilfeVerband – FORUM GEHIRN, dem Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen bezüglich des Versorgungsortes Geltung zu verschaffen.

Mit der Bestätigung des IPReG durch den Bundesrat werden die Sozialämter zukünftig verpflichtet, wesentliche Kostenanteile der häuslichen Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege zu übernehmen. Nach Einschätzung unseres Verbandes werden die Länder und Kommunen zukünftig jährlich mit bis zu zwei Milliarden Euro belastet werden, um die gewünschte häusliche Versorgung zu gewährleisten.

■ Autor Sebastian Lemme ist Vorstandsmitglied des Selbst-HilfeVerband – Forum Gehirn e. V., dessen Mitglieder Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und deren Angehörige sind. Den Verband finden Sie im Internet unter: shvfg.de