

**Bundesministerium für Gesundheit**  
Abteilung Pflegeversicherung, Prävention  
Friedrichstr. 108  
10117 Berlin

**Bundesgeschäftsstelle**  
**Arbeitgeberverband Pflege e.V.**

Reinhardtstraße 3 | 10117 Berlin  
Tel 030.6780637-0 | Fax 030.6780637-22

kontakt@arbeitgeberverband-pflege.de  
www.arbeitgeberverband-pflege.de

Berlin, 06. September 2019

**Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) des Bundesministeriums für Gesundheit**

Sehr geehrter Minister Spahn,  
Sehr geehrte Frau Pieper,

herzlichen Dank für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf des Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes (RISG) Stellung nehmen zu können.

Der AGVP unterstützt das Ziel des Referentenentwurfes, die qualitätsgesicherte Versorgung pflegebedürftiger Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards zu stärken. Dennoch muss der Ausbau der stationären Versorgung und die Weiterbildung des Fachpersonals gefördert und die bedarfsgerechte Vergütung der hochspezialisierten Pflege vor allem in der stationären Pflege sichergestellt werden.

Wir bedanken uns, dass Sie unsere Positionen in Ihrer Beratung zum weiteren Vorgehen berücksichtigen und stehen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Isabell Halletz  
Geschäftsführerin

## **Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) des Bundesministeriums für Gesundheit**

### **Vorbemerkung**

Der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) begrüßt die im vorliegenden Referentenentwurf aufgenommenen Regelungen, die Versorgung der außerklinischen Intensivpflege in spezialisierten Bereichen der stationären Altenpflege zu stärken. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde bereits vor 12 Jahren der Anspruch auf häusliche Krankenpflege ausgebaut. Seit dem 01.04.2007 haben auch Versicherte in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI bei einem auf Dauer besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V. Problematisch ist jedoch das deutliche Ungleichgewicht der Finanzierung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung.

Mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) und den ersten beiden Pflegestärkungsgesetzen wurde der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gefördert und ambulante Wohngruppen sowie die Leistungsansprüche der Versicherten gestärkt. Der oft hochkomplexe und gesetzlich umfassender geregelte stationäre Pflegebereich (inklusive strenger Personalvorgaben, Qualitätsanforderungen, regelmäßige Überprüfung durch MDK und Heimaufsicht) wurde bisher vom Gesetzgeber vernachlässigt. Vor allem für Pflegebedürftige mit einem hohen oder besonders hohen Pflegebedarf, die Behandlungspflegeleistungen nach § 37 SGB V benötigen, ist die Wahlfreiheit des Ortes, an dem sie versorgt werden möchten, deutlich eingeschränkt.

Die finanzielle Belastung für Pflegebedürftige, deren Angehörige und Sozialhilfeträger ist im stationären Bereich für Intensivpflege aufgrund der oft zu geringen oder fehlenden Kostenübernahme zu hoch, sodass diese sich häufig für die Versorgung in ambulanten Einrichtungen entscheiden. Dort werden die Kosten der Behandlungspflege i.d.R. komplett von den Kassen übernommen. Diese unterschiedliche Regelung der Refinanzierung führte bisher dazu, dass stationäre Pflegeeinrichtungen deutlich weniger von den Pflegekassen für die gleichen, hochkomplexen Pflegeleistungen vergütet bekommen, als es im ambulanten und häuslichen Bereich der Fall ist, obwohl die stationären Pflegeeinrichtungen jedoch eine hohe Strukturqualität vorhalten, die entweder in Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V oder auch über landesrechtliche Rahmenverträge nach § 75 SGB XI festgeschrieben sind. Bereits im September 2016 hatte Prof. Lauterbach (SPD) auf die starken Wanderbewegungen in die ambulante Versorgung hingewiesen und Änderungen gefordert: *"Wir haben damals nicht bedacht, dass es so einen starken Sog auf die Patienten ausüben würde. Jetzt beobachten wir in kurzer Zeit eine enorme Zunahme der Kosten durch die ambulante Versorgung in Beatmungs-WGs bei gleichzeitiger Verschlechterung der Betreuungsqualität. Das müssen wir dringend ändern."*<sup>1</sup>

Der AGVP unterstützt daher das Ziel des Referentenentwurfes, die qualitätsgesicherte Versorgung pflegebedürftiger Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards zu stärken. Dennoch muss der Ausbau der stationären Versorgung und die Weiterbildung des Fachpersonals gefördert und die bedarfsgerechte Vergütung der hochspezialisierten Pflege sichergestellt werden.

---

<sup>1</sup> Zitatquelle: [www.wdr.de/daserste/monitor/extras/patientenverfuegung](http://www.wdr.de/daserste/monitor/extras/patientenverfuegung) (vom 08.09.2016)

**Zu obigem Entwurf nimmt der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) zu den einzelnen Paragraphen wie folgt Stellung:**

## **Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

---

### **Zum neu einzufügenden § 37c SGB V**

#### **Zu Abs. (1) § 37c**

Der AGVP begrüßt die Aufnahme konkreter Regelungen für die außerklinische Intensivpflege. Wichtig ist die Ergänzung in der Begründung, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis nicht verändert wird. Dies bedeutet, dass vor allem auch Versicherte im Wachkoma (Phase F) durch den neu einzufügenden Paragraphen erfasst werden.

Die in Abs. (1) vorgenommene Konkretisierung zur Reduzierung und Entwöhnung von Beatmungsmaßnahmen soll einen Anreiz darstellen, künftig verstärkt Maßnahmen in dem Bereich zu ergreifen. Wichtig ist, die in der Begründung zum Referentenentwurf ausgeführte Einbindung von qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten, die das Potenzial zur Entwöhnung einschätzen, denn nicht jede/r Beatmungspflichtige kann dauerhaft entwöhnt werden. Das Potenzial und der Prozess des Weanings muss grundsätzlich an die individuellen Bedürfnisse der Beatmungspatientin / des Beatmungspatienten angepasst werden und sowohl zugrunde liegende Erkrankungen als auch wichtige Begleiterkrankungen berücksichtigen.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) hat in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Lungenforschung e. V. das „WeanNet – Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningzentren“ gegründet und im Jahr 2010 mit der Zertifizierung von Weaningzentren begonnen. Des Weiteren hat die DGP nun bereits mehrfach ihre S2k-Leitlinie<sup>2</sup> zur Beatmungstherapie und Entwöhnung aktualisiert. Diese sollte unbedingt mit in die Begründung des Gesetzes aufgenommen werden, um den Pflegebedürftigen mit besonders hohem Bedarf die nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards hohe Versorgungsqualität zu ermöglichen.

Unklar ist, ob die sogenannte Transferpflege im neuen § 37c inkludiert ist. Transferpflege wird vor allem dann genutzt, um die Lücke zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und der Rehaklinik oder der Entlassung und dem Beginn der häuslichen Pflege zu schließen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Transferpflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI angeboten werden. Diese Plätze können mit Bewohnern belegt werden, die aus der Intensivpflege im Krankenhaus direkt in die stationäre Pflegeeinrichtung kommen und entwöhnt werden können oder nach zweimaliger, negativer Vorstellung zur Entwöhnung im Krankenhaus in die stationäre „Dauerbehandlungspflege“ in den spezialisierten Bereich der außerklinischen Intensivpflege wechseln.

#### **Ergänzungsvorschlag zu Abs. (1):**

Der AGVP empfiehlt, die Aufnahme der sogenannten Transferpflege in den § 37c SGB V, da dadurch häufig eine Versorgungslücke geschlossen und den Pflegebedürftigen eine professionelle, bedarfsgerechte Behandlungspflege zugutekommt. Die Finanzierung kann über einen integrierten Versorgungsvertrag gemäß SGB V sichergestellt werden.

Es wird ebenfalls empfohlen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und Intensivpflege-Wohngemeinschaften, die Beatmungspatientinnen/en versorgen, für die Entwöhnung die Kooperation mit zertifizierten Weaningzentren nachweisen. Des Weiteren

---

<sup>2</sup> [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-015l\\_S2k\\_Prolongiertes\\_Weaning\\_2019\\_09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-015l_S2k_Prolongiertes_Weaning_2019_09.pdf)

muss sichergestellt werden, dass die aktuellen Leitlinien zur medizinischen und fachpflegerischen Versorgung von Intensivpflegepatientinnen/en in der außerklinischen Versorgung eingehalten werden.

### **Zu Abs. (2) § 37c**

Die Stärkung der regelhaften Versorgung von außerklinischer Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI oder in qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohngemeinschaften soll zur Erhöhung der Versorgungsqualität der Pflegedürftigen beitragen. Die außerklinische Intensivversorgung erfordert jedoch auch speziell ausgebildetes und hochqualifiziertes Fachpersonal. Eine höhere Qualifizierung bedingt eine entsprechende Vergütung. Diese darf nicht als unwirtschaftlich von den Kostenträgern abgelehnt werden. Die Regelungen aus dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) sollten auch hier gelten: Zusätzliche Pflegestellen für die Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen können mit den Krankenkassen vereinbart und entsprechend vergütet werden.

Trotz eines Übergangszeitraumes von 36 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes muss der Auf- und Ausbau der stationären Versorgungskapazitäten für die außerklinische Intensivpflege gefördert werden. Vor allem in ländlichen Regionen sind sehr lange Fahrtwege bis zur nächstgelegenen spezialisierten Einrichtung notwendig. Dies sollte auch in die Prüfung hinsichtlich der Zumutbarkeit einfließen, um den sozialen Kontakt mit Angehörigen weiter zu ermöglichen. Leitliniengerecht ist zu beachten, dass die außerklinische Wohn- und Versorgungsform primär vom Wunsch des Beatmeten und den familiären Ressourcen abhängt (vgl. Kapitel 6.1 der S2k-Leitlinie). Des Weiteren sollte bei der Beurteilung des Pflegeortes die Entfernung zu zertifizierten Weaningzentren sowie die qualifizierte therapeutische Versorgung bei der Versorgung der außerklinischen Intensivpflege mit einbezogen werden.

### **Verfahrensvorschlag zu Abs. (2):**

Der AGVP regt an zu überprüfen, ob die Förderung und Refinanzierung der zusätzlichen 13.000 Stellen in der stationären Pflege zur Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen auch für die Erbringung außerklinischer Intensivpflege ausgeweitet werden kann. Die Refinanzierung sollte ebenfalls auf die Weiterbildung von Pflegefachkräften zur Erlangung der notwendigen Qualifikationen zur Erbringung außerklinischer Intensivpflege ausgedehnt werden.

### **Zu Abs (3) § 37c**

Wie bereits in der Vorbemerkung dargestellt, wurde mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) und auch den ersten beiden Pflegestärkungsgesetzen der Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiter gefördert und damit auch die ungleiche Finanzierung gleicher Leistungen. Die Finanzierung und damit auch die finanzielle Belastung der Betroffenen hängt bis dato vom Ort der Leistungserbringung ab. Während in der Häuslichkeit und in ambulanten Wohngruppen die Leistungsansprüche der Versicherten gesetzlich gestärkt wurden, werden Bewohner mit besonders hohem Pflegebedarf in stationären Pflegeeinrichtungen deutlich benachteiligt und müssen oft sehr hohe Kosten aus eigener Tasche zahlen. Der hochkomplexe und gesetzlich umfassender geregelte stationäre Pflegebereich (inklusive strenger Personalvorgaben, Qualitätsanforderungen, regelmäßige Überprüfung durch MDK und Heimaufsicht) wurde bisher vom Gesetzgeber vernachlässigt.

Die Vergütung der Behandlungspflege mit besonders hohem Bedarf im stationären Pflegebereich ist sehr heterogen. Dies liegt u.a. daran, dass der Gesetzgeber bei der

Stand: 06.09.2019

---

Novellierung des § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V im Jahr 2007 offengelassen hat, in welcher Höhe eine Vergütung zu erfolgen hat. Die zu zahlende Vergütung nach Abs (3) des neu einzufügenden § 37c SGB V muss dem Gesetzeswillen, die schwer pflegebedürftigen Bewohner und deren Angehörige von den enormen finanziellen Aufwendungen zu entlasten, gerecht werden.

Oftmals werden die im stationären Pflegebereich angebotenen Vergütungssätze für Behandlungspflege mit besonders hohem Bedarf dem Gesetzeswillen, die schwer pflegebedürftigen Bewohner und deren Angehörige von den enormen finanziellen Aufwendungen zu entlasten, nicht gerecht. Ebenso dürfen die Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen, die bereits aufgrund einer Einzelfallentscheidung ihrer Krankenkasse oder aufgrund eines Vertrags nach § 132a Abs. 2 SGB V der stationären Pflegeeinrichtung mit den Krankenkassen über höhere Kostenerstattungen der außerklinischen Intensivpflege verfügen, nicht finanziell benachteiligt werden. Die neue gesetzliche Regelung darf somit nicht zu Lasten Dritter gehen.

Bedingung für die Zahlung einer vertraglich vereinbarten Vergütung ist, dass der MDK den Bedarf von besonderer Behandlungspflege bei einem Betroffenen überhaupt anerkennt und bestätigt, damit die Kassen die Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege bewilligen. Es kommt daher auch vor, dass die Anspruchsberechtigung im stationären Pflegebereich vom MDK negativ bewertet wird und die Bewohner somit keine Vergütung für die behandlungspflegerischen Leistungen trotz des besonders hohen Pflegebedarfs erhalten. Die Präzisierung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V ist daher zwingend notwendig, da laut Ablehnungsbescheiden des MDK die in § 1 Abs. 7 der in der Richtlinie ausgewiesenen Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen würden.

Im ambulanten Bereich wird der Bedarf außerklinischer Intensivpflege in der Regel positiv durch den MDK entschieden und die Kosten für die aufwändige Behandlungspflege von den Kostenträgern bis zu 100 Prozent übernommen. Durch die komplette Kostenübernahme im ambulanten Bereich präferieren die Angehörigen der Betroffenen bis dato dieses Versorgungsangebot. Mehrmals konnte dargelegt werden, dass die Finanzierung der Behandlungspflegeleistungen im stationären im Vergleich zum ambulanten Bereich erhebliche Einsparungen für die Pflegekassen und den Sozialhilfeträger bedeuten würden.

#### Verfahrensvorschläge:

Gemäß dem Gleichheitsgrundsatz „Gleiche Fälle sollen gleiche Regeln treffen“ gilt es die Ungleichbehandlung der Finanzierung behandlungspflegerischer Leistungen mit besonders hohem Bedarf zu beseitigen und unabhängig vom Ort der Erbringung zu regeln. Somit darf auch eine Ungleichbehandlung hinsichtlich der Kassenwahl, wie sie in letzten Satz des Absatzes (3) im § 37c aufgenommen ist, nicht gesetzlich verankert werden, wenn damit unterschiedliche Refinanzierungen der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung verbunden sind. Die „kann-Regelung“ ist daher zu streichen.

Es gilt zu überlegen, die Vergütung statt auf Diagnosen an den notwendigen intensivpflegerischen Behandlungspflegeleistungen, wie die Versorgung von Tracheostoma und Beatmung, zu orientieren. Dadurch würden auch Pflegebedürftige mit anderen Krankheitsbildern, z.B. Maskenbeatmung, in der Vergütung der außerklinischen Intensivpflege berücksichtigt.

Wie bereits beschrieben sollte der Gesetzgeber die Lücken in der Bescheidung einer behandlungspflegerischen Versorgung bei besonders hohem Bedarf schließen. Die

Stand: 06.09.2019

---

Präzisierung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V ist daher zwingend notwendig.

#### **Zu Punkt 14: Einfügung des neuen § 132i**

Es ist zu begrüßen, dass einheitliche Rahmenempfehlungen für die außerklinische Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI erarbeitet werden sollen. Damit der gesetzlichen Vorgabe entsprochen werden kann, dürfen die zu vereinbarenden Rahmenempfehlungen nicht zu konkret sein, um genügend Ausgestaltungsspielraum für die Leistungserbringer und Kostenträger zur Vertragsgestaltung zu ermöglichen. Es sollte darauf geachtet werden, dass die zu vereinbarenden rahmenvertraglichen Inhalte nicht zu weit von landesrechtlich geschlossenen Rahmenverträgen abweichen.

Des Weiteren sollte die Fristsetzung in Absatz (4) näher konkretisiert werden, um ein zügiges Schiedsstellenverfahren zu unterstützen.

#### **Ergänzungsvorschlag:**

Der AGVP schlägt folgende Ergänzung im Abs. (4) des neuen § 132i SGB V vor:

*„[...] Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des Weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine **angemessene** Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. [...]“*