



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

anlässlich der öffentlichen Anhörung
vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 17. Juni 2020

- Der Verband der Privaten Krankenversicherung unterstützt das Vorhaben ausdrücklich, die Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege durch geeignete Maßnahmen einzudämmen.
- Von der außerklinischen Intensivpflege ist eine sehr vulnerable Patientengruppe betroffen. Wettbewerb sollte auf diesem Gebiet vermieden werden. Es sollten für alle Patientinnen und Patienten, für deren Angehörige sowie für Krankenversicherungen frei verfügbare, transparente Informationen bereitgestellt werden, welche Einrichtungen und Pflegedienste die Vorgaben zur Intensivpflege erfüllen.
- Um Pflegedienste bei vorliegenden Beschwerden oder begründeten Verdachtsfällen prüfen zu können, sollte auch die Private Krankenversicherung ein anlassbezogenes Prüfrecht erhalten.

I. Allgemeine Anmerkungen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung begrüßt die politische Initiative zur Verbesserung der Versorgungssituation von intensivpflegebedürftigen Patienten in Deutschland ausdrücklich. Die Fehlentwicklungen in der Versorgung, die es in den letzten Jahren gegeben hat, stellen eine enorme Belastung und zugleich Verschlechterung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten dar, die sich in einer Intensivpflege bzw. dauerhaften Beatmung befinden. Daher teilt die PKV die Bestrebungen des Gesetzgebers, diese Fehlversorgung gezielt einzugrenzen und eine qualitätsgesicherte Versorgung jener Patienten, die tatsächlich dauerhaft auf eine Intensivpflege angewiesen sind, sicherzustellen. Die vulnerable Patientengruppe, die einer außerklinischen Intensivpflege bedarf, ist kein geeignetes Feld für Wettbewerb. Umso wichtiger sind Transparenz über die Leistungserbringer, um geeignete Einrichtungen oder Pflegedienste auswählen zu können, sowie ein Prüfrecht, um etwaige Missstände aufzudecken und die Qualitätsansprüche zu sichern.

Die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege wird als konkreter Leistungsanspruch mit Rahmenbedingungen sowie den als Leistungserbringern in Frage kommenden Einrichtungen definiert. Durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden die wesentlichen Eckpunkte für die Versorgung beschrieben. Die darauf basierenden Rahmenempfehlungen sind die Grundlage für die abzuschließenden Versorgungsverträge. Die Krankenhäuser werden verpflichtet, die Potentiale einer Beatmungsentwöhnung stärker auszuschöpfen und erhalten dann dafür ein Zusatzentgelt. Gleichzeitig müssen sie vor Entlassung eines Patienten einen qualifizierten Beatmungsstatus erheben.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

§ 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V – Beteiligungsrecht

Vorgeschlagene Regelungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis 12 Monate nach Gesetzesverkündung Richtlinien nach § 92 bestimmen, die umfangreiche Anforderungen an die Verordnung und Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege festlegen.

Bewertung

Der PKV-Verband begrüßt, dass altersadaptierte Richtlinien zur Verordnung und Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erlassen werden sollen. Die Regelungen dienen dem Zweck, die erforderliche Qualität in der Versorgung sicherzustellen. Die Richtlinien sollen nicht nur die vertragsärztliche Versorgung betreffen, sondern auch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Setting, bspw. bei der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials. Bei

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13) wird der Verband der Privaten Krankenversicherung gemäß § 136 Abs. 3 SGB V regelhaft beteiligt, da die Behandlungsqualität grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten gestaltet sein sollte (vgl. § 136 Abs.1 SGB V).

Die Beteiligung des PKV-Verbandes an den Richtlinien zur außerklinischen Intensivpflege ist durch die bestehenden Gesetzesbezüge nicht automatisch gegeben und sollte deshalb explizit hinterlegt werden.

§ 37c Abs. 2 Satz 7 SGB V – Redaktionelle Korrektur eines Verweises

Vorgeschlagene Regelungen

In Satz 7 heißt es „Die Leistung an einem Leistungsort nach **Satz 3 oder 4** kann versagt und der Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden, wenn das erforderliche Einverständnis...“.

Bewertung

Die zitierten Sätze 3 oder 4 benennen keine Leistungsorte. Es ist zu vermuten, dass eigentlich auf die Leistungsorte nach **Satz 1 Nummer 3 oder 4** abgestellt wird, das also bei Zutrittsverweigerung in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 (= Satz 1 Nr. 3) oder im Haushalt / Familie oder sonst an einem geeigneten Ort (= Satz 1 Nr. 4) entsprechende Konsequenzen greifen können.

Aufgrund mittlerweile erfolgter Gesetzesänderungen wird im Folgenden durchgehend von einem zukünftigen Paragraphen 132 I SGB V gesprochen, entgegen der Version des Kabinettsentwurfs, die noch von § 132 j ausging.

§ 132I Abs. 1 Satz 2 SGB V – Stellungnahmerecht

Vorgeschlagene Regelung

§132I Abs. 1 Satz 2 SGB V sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband mit den verschiedenen Vertretern der betroffenen Einrichtungen auf Bundesebene bis 24 Monate nach Gesetzesverkündung gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abzugeben haben. Dabei ist vorgesehen, vor Abschluss der Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Bewertung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung begrüßt die vorgesehenen Regelungen des § 132I SGB V. Da die Rahmenempfehlungen sich auch an Einrichtungen richten, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, ist die PKV von diesen Regelungen ebenfalls betroffen: Einerseits durch die PKV-Versicherten, die in diesen Einrichtungen untergebracht werden, andererseits durch die Qualitätsprüfungen, die der Prüfdienst der PKV in diesen Einrichtungen durchführt. Dem PKV-Verband ist daher neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Stellungnahmerecht zu den abzugebenden Rahmenempfehlungen einzuräumen.

§ 132I Abs. 5 SGB V – Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten

Vorgeschlagene Regelungen

Nach § 132I Abs. 5 SGB V sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit Leistungserbringern und vollstationären Pflegeeinrichtungen schließen, die damit zur Einhaltung der Rahmenempfehlungen nach den Absätzen 1 und 2 verpflichtet werden.

Bewertung

Durch die Festlegung besonderer Anforderungen an die Leistungserbringer von Intensivpflege entsteht auch ein berechtigter Bedarf aller Patientinnen und Patienten nach Information über die gesicherte Versorgungsqualität von Einrichtungen mit dem Versorgungsschwerpunkt Intensivpflege. Patienten und deren Angehörige sollten die Möglichkeit haben, sich barrierefrei über infrage kommende Einrichtungen bzw. Pflegedienste zu informieren. Im Kabinettsentwurf ist vorgesehen, dass die Verträge mit den Leistungserbringern nun nicht mehr von einzelnen Kassen geschlossen werden sollen, sondern ausschließlich von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Der PKV-Verband teilt die Einschätzung, dass dieser hochsensible Versorgungsbereich grundsätzlich kein Wettbewerbsfeld darstellen sollte.

Da es sich hierbei folglich nicht um schützenswerte wettbewerbliche Geheimnisse handelt, wäre es im Sinne der Transparenz und des berechtigten Informationsbedürfnisses insbesondere der betroffenen Patientinnen und Patienten wünschenswert, sich über qualitätsgesicherte Leistungserbringer informieren zu können. Für deren Krankenversicherer wäre es umgekehrt wichtig, über qualitätsgesicherte Angebote beraten zu können. Als geeignete Möglichkeit zur Umsetzung schlägt der PKV-Verband eine Regelung analog § 7 Abs. 3 SGB XI im SGB V vor (Veröffentlichung im Internet; Weitergabe an PKV-Verband; Leistungs- und Preisvergleichsliste mit Informationen zu den Leistungserbringern nach § 132I Abs. 5 SGB V).

Ohne eine solche Regelung hätten Privatversicherte und Beihilfeberechtigte bzw. deren Angehörige zunächst keine Möglichkeit, bei ihrer Wahl einer Versorgungseinrichtung auf nachgewiesene Qualitätsmaßstäbe zurückzugreifen. Bei Zweifeln an der Qualität der Einrichtung hätten die Krankenversicherungen wenig Möglichkeit, den Versicherten zu unterstützen. Unter Berücksichtigung der besonderen Vulnerabilität der Patientinnen und Patienten würde der Verzicht auf diese Regelungen ein erhebliches Risiko für die Betroffenen darstellen, wie die bisherigen unerwünschten Auswüchse in diesem Versorgungsbereich veranschaulichen.

§ 132I Abs. 6 SGB V – Anlassbezogenes Prüfrecht der PKV

Vorgeschlagene Regelung

§132I Abs. 6 SGB V sieht vor, dass die Leistungserbringer nach Abs. 5 dazu verpflichtet sind, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen.

Bewertung

Die für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschlagenen Regelungen zu einheitlichen Qualitätsvorgaben und Standards für mehr Transparenz und Verlässlichkeit des intensivpflegerischen Versorgungsgeschehens sind wichtig und werden ihre gewünschten positiven Auswirkungen auch auf die Versorgung der Privatversicherten und Beihilfeberechtigten durch entsprechende Leistungserbringer erst dann umfänglich entwickeln können, wenn auch entsprechende Prüfrechte etabliert werden.

Daher sollte im Zuge der Reform zur intensivpflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch den Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung über ihren Verband das Recht eingeräumt werden, im Rahmen des § 275b SGB V eine anlassbezogene Prüfung auszulösen, die durch den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung durchgeführt wird.

Bislang sind in den Stichproben von anlassbezogenen Prüfungen gemäß der Richtlinie nach § 275b Abs. 1 Satz 3 SGB V keine Privatversicherten enthalten. Der Einbezug von PKV-Versicherten bei anlassbezogenen Prüfungen wäre als zu regelnder Tatbestand für die Richtlinien nach § 275b Abs. 1 Satz 3 SGB V vorzugeben.

Die Grundlagen für die Prüfung durch den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung wären analog zu den Prüfungen im GKV-Bereich (Qualitätsprüfungsrichtlinie für häusliche Krankenpflege bzw. künftig die Richtlinien des G-BA gemäß § 37c Abs. 1 SGB V sowie die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach §132I Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Die weitere Verteilung des Prüfberichtes folgt den Maßgaben, die derzeit schon in der Qualitätsprüfungsrichtlinie für häusliche Krankenpflege hinterlegt sind (Abschnitt 9 Prüfbericht).