

AbilityWatch – Andreasstr. 10 – 10243 Berlin

Vorgangsnummer:

Telefon: +49 1578 7111992  
E-Mail: kontakt@abilitywatch.de  
Internet: www.abilitywatch.de  
Twitter: @abilitywatch  
Facebook: /abilitywatch

Datum: 12.02.2020

## Änderungsvorschläge zum IPReG

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem heutigen Beschluss des Bundeskabinetts, wird der IPReG-Entwurf in das parlamentarische Verfahren gehen. Bereits die beiden vorigen öffentlich gewordenen Entwürfe dokumentieren, welche Brisanz Änderungen in diesen Vorhaben für die betroffenen Versicherten haben. Auch ist klar geworden, dass es sich hier um eine höchst diverse Versichertenpopulation handelt, deren Versorgungssituation ebenso vielfältig ist.

Mit diesem Schreiben möchte AbilityWatch konstruktive und minimalinvasive Vorschläge übermitteln, die aus unserer Sicht die gravierendsten noch bestehenden Probleme im Gesetzesentwurf beheben können:

- Die Unverletzlichkeit der Wohnung gilt auch für Menschen mit Behinderungen. Eine Verweigerung des Eindringens in die Privatsphäre darf nicht mit einer Heimeinweisung sanktioniert werden.
- Menschen mit Behinderungen, die ihr Leben durch Assistenz selbst organisieren, sind in der Lage eine eigene Einschätzung über die Sicherstellung ihrer Versorgung zu treffen. Die Beurteilung, ob eine Versorgung tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist, muss dieser Personengruppe selbst überlassen bleiben
- Das vorgesehene, bürokratische Verfahren mit ständig wiederholter Überprüfung von Entwöhnungsmöglichkeiten ist für Patienten mit progressiven Erkrankungen zu vereinfachen.
- Eine finanzielle Schlechterstellung der ambulanten Wohnform durch einen höheren Eigenanteil als im stationären Bereich darf nicht erfolgen.

Wir stehen Ihnen jederzeit für Gespräche und Fragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Constantin Grosch

# Änderungsvorschläge zum IPReG 2:

## Zu § 37c Abs. 2 Satz 2:

[...]

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort **tatsächlich und dauerhaft** sichergestellt werden kann. **In den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 bis 3 ist ein Nachweis über die tatsächliche und dauerhafte Sicherstellung zu erbringen.** Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.

[...]

### Begründung:

Die Veränderungen am § 37c Abs. 2 Satz 2 beziehen sich auf zwei konkurrierende Ziele der Intensivpflege. Einerseits ist gegen Abrechnungsbetrug, Missbrauch und ungenügende Versorgung vorzugehen. Andererseits gilt es, die Autonomie und Selbstbestimmung der Versicherten zu gewährleisten. Die Defizite lassen sich derzeit nahezu ausschließlich in Einrichtungen und sogenannten Beatmungs-WGs finden. Daher sollte hier die Norm dahingehend verschärft werden, dass nicht nur eine tatsächliche und dauerhafte Sicherstellung gewährleistet sein muss, sondern diese durch die Einrichtungen nachzuweisen und durch den MD zu prüfen ist.

Für den Bereich der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, bei der im Großteil davon ausgegangen werden kann, dass Versicherte oder deren Angehörige selbst Maßnahmen und Einschätzungen zur dauerhaften und tatsächlichen Sicherstellung der Pflege treffen können, darf dies keine Voraussetzung zur Gewährung der Hilfen sein. Denn, anders als in Heimen oder besonderen WGs, eröffnet bei der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit erst die grundsätzliche Gewährung der Hilfen im Einzelfall dauerhaft überhaupt die Sicherstellung der Pflege in dieser Wohnform. Zudem werden durch die Änderung Kontroversen zwischen Versicherten - die die Versorgung überwiegend selbstständig veranlassen (s. auch Persönliches Budget) - und dem prüfenden MD hinsichtlich einer *tatsächlichen und dauerhaften* Sicherstellung vermieden; eine Befürchtung, die die betroffenen Versicherten belastet. Dabei gilt es außerdem zu beachten, dass sich der Wechsel von einem ambulanten zu einem stationären Setting einfacher gestaltet als vice-versa, weshalb die Notwendigkeit einer geforderten Dauerhaftigkeit der Sicherstellung im häuslichen Bereich ebenfalls nicht besteht.

## Zu § 37c Abs. 2 Satz 5:

[...]

Die Feststellung der Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfolgt durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten und des Leistungsorts durch den Medizinischen Dienst. **Die Wohnung des Versicherten darf jedoch in den Fällen des Satzes 1 Nummer 4 zum Zwecke der Prüfung vom Medizinischen Dienst ohne Einwilligung des Versicherten nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist oder begründete Anhaltspunkte für eine Gefahr von Leib oder Leben des Versicherten vorliegen; das Grundrecht**

*der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.*

Die Krankenkasse hat den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege regelmäßig, mindestens jährlich zu prüfen und hierzu eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes nach Satz 4 zu veranlassen.

Verweigert der Versicherte in den Fällen des Satzes 1 Nummer 4 eine Begutachtung ~~des Leistungsortes in der eigenen Häuslichkeit~~ durch den Medizinischen Dienst, kann die Leistung in der eigenen Häuslichkeit versagt und der Versicherte auf Leistungen im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 bis 3 verwiesen werden. Die §§ 65, 66, 67 des Ersten Buches bleiben unberührt.

[...]

Begründung:

Durch die hier vorgeschlagene Änderung wird dem Grundrecht der Versicherten auf Unverletzlichkeit der Wohnung Rechnung getragen. Zugleich wird die von uns vorgeschlagene Regelung dem Bedürfnis gerecht, Missbrauch vorzubeugen und sich von den tatsächlichen Gegebenheiten der Leistungserbringung zu überzeugen. In den Fällen der Nummer 1-3 werden die Räumlichkeiten durch auf die Versorgung der Versicherten spezialisierte Einrichtungen gerade zum Zwecke der Pflege bereitgestellt, weshalb auch eine Begutachtung des Leistungsortes erfolgen sollte. Eine Begutachtung des Versicherten selbst soll ausdrücklich auch in den Fällen des Nummer 4 erfolgen, jedoch nicht zwingend am Leistungsort. Bei Personen, die noch am öffentlichen Leben teilnehmen und ihre Häuslichkeit verlassen können, besteht keine Notwendigkeit, das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung dermaßen einzuschränken. Unser Vorschlag orientiert sich deshalb an der Regelung des § 275b SGB V.

## Zu § 37c Abs. 4:

[...]

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr an die Krankenkasse. ~~In den Fällen des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 4 leisten Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, als Zuzahlung abweichend hiervon den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag.~~

[...]

Begründung:

Art. 9 der UN-Behindertenrechtskonvention garantiert die freie Wahl von Wohnort und Wohnform. Die finanzielle Schlechterstellung der Versicherten bei ambulanter gegenüber der stationären Versorgung widerspricht sämtlichen Bestrebungen der vergangenen Jahre, dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen Geltung zu verschaffen und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Eine solche Schlechterstellung ambulanter Versorgung ist nicht begründbar.

Nach § 37c wird folgender § 37d eingefügt:

#### § 37d

##### Arbeitgebermodell

Versicherte, die ihre Pflege eigenverantwortlich durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte im Sinne von § 63b Abs. 4 Satz 1 SGB XII (Arbeitgebermodell) sicherstellen, erhalten die Leistungen nach den §§ 37-37c abweichend von den §§ 132a, 132b, 132d, 132j im Rahmen dieses Arbeitgebermodells.

[...]

Begründung:

Mit dem Pflegestärkungsgesetz vom 23.12.2016 ist das Arbeitgebermodell mit Wirkung zum 01.01.2017 in § 63b Abs. 4 Satz 1 SGB XII aufgenommen und dort legaldefiniert worden. Es folgt dem menschenrechtsbasierten Ansatz, dass pflegebedürftige Menschen ihre Pflege eigenverantwortlich durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen können. Einen Gleichlauf der rechtlichen Instrumente in der Organisation selbstbestimmter Lebensführung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen zwischen den Regelungssystemen herzustellen, die im gegliederten System Leistungen für behinderte Menschen vorsehen, ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Konvergenz des Leistungsrechts für behinderte Menschen, der gleichsam bestehende Gleichbehandlungsprobleme überwinden könnte. Die Einführung des Arbeitgebermodells für die gesetzliche Krankenversicherung würde einen wesentlichen Beitrag zu dem leisten, was das SGB IX als gemeinsames Dach der Rehabilitation und Teilhabe seit seinem Bestehen im Jahr 2001 bezweckt.

Über die Kodifikation im Sozialhilferecht hinaus hat das Arbeitgebermodell bereits heute erhebliche Praxiswirkung - auch in anderen Zweigen der Sozialversicherung. Die Möglichkeit, seine Pflege durch Hauspflege im Rahmen des Arbeitgebermodells zu organisieren, bietet z.B. auch das gesetzliche Unfallversicherungsrecht in § 44 Abs. 5 SGB VII. Es ist systematisch nicht überzeugend, dass diese Kodifikation für die häusliche Krankenpflege nach dem SGB V und die Pflege nach dem SGB XI bisher nicht verwirklicht worden ist.

Die Einführung bzw. Stärkung des Arbeitgebermodells würde zu einer überfälligen Diversifikation von bedarfsgerechten Angeboten beitragen. Nur durch eine solche können die Vorgaben der UN-BRK verbunden werden mit den sich verschärfenden Bedingungen bei der Akquise von Fachkräften, die die bedarfsgerechte Erbringung von Leistungen ermöglichen. Sie ist Grundbedingung dafür, dass die gesetzlich vorgesehenen Leistungssysteme auch zukünftig Leistungen im gebotenen Umfang bedarfsgerecht, personenzentriert und wirtschaftlich sicherstellen können. Durch die Arbeitgeberstellung der pflegebedürftigen Leistungsberechtigten wird auch die Last der Verantwortung bei der Personalgewinnung unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflege- und Krankenkassen gerechter verteilt.

§ 92 wird wie folgt geändert:

b) nach den Wörtern "und außerklinischer Intensivpflege" wird ein Komma und die Wörter "jeweils sowohl außerhalb als auch im Arbeitgebermodell" eingefügt.

**Begründung:**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Arbeitgebermodells in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird mit der Aufgabe betraut, zur Sicherung der Versorgung bei der Leistungserbringung im Arbeitgebermodell Richtlinien zu verabschieden. Der Vorschlag folgt der Regelungslogik des SGB V und dient der Qualitätssicherung der Leistungserbringung.