

Bundesverband

Sozialverband Deutschland · Stralauer Straße 63 · 10179 Berlin



Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 72 62 0

Fax 030 72 62 22-328

sozialpolitik@sovd.de

sovd.de

6. September 2019

Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

1 Zusammenfassung des Referentenentwurfs

Mit dem Entwurf soll einem Anpassungsbedarf bei den geltenden leistungsrechtlichen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation und zur außerklinischen Intensivpflege nachgekommen werden.

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege soll ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt werden. Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sollen danach regelhaft in Pflegeeinrichtungen oder Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht werden. In Ausnahmefällen kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden, was bei Minderjährigen angenommen wird. Bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten sei das Vorliegen der Indikation für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen sowie das Potential zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) zu erheben und mit der Verordnung zu dokumentieren.

Daneben soll mit einem Bündel von Maßnahmen die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt werden. Vorgesehen sind u.a. folgende Maßnahmen:

- Beschleunigung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Kassen,
- Reduzierung der Mehrkostenbeteiligung bei Auswahl einer anderweitigen Rehabilitationseinrichtung sowie
- Anpassungen im Entlassmanagement.

Das Gesetz soll mit Verkündung in Kraft treten.

2 SoVD – Gesamtbewertung

Das Reha-und Intensivpflege-Stärkungsgesetz formuliert als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation, „Körperfunktionen (wieder-) herzustellen und Aktivitäten zu ermöglichen, so dass Menschen sich in ihrem Alltag zurechtfinden oder wieder in diese zurückfinden. Der SoVD kritisiert dieses enge Rehabilitationsverständnis mit aller Deutlichkeit. Es bleibt ganz erheblich hinter dem Rehabilitationsrecht des SGB IX zurück. Der SoVD betont: Auch medizinische Rehabilitation nach SGB V muss das Ziel haben, die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen sowie ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Die Ziele Selbstbestimmung und Teilhabe konkretisieren sich behindertenpolitisch u.a. im grundlegenden Recht auf freie Wahl von Wohnort und Wohnform sowie in der Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX zugunsten von Menschen mit Behinderungen bzw. der von Behinderung bedrohten Menschen. Der SoVD mahnt eindringlich, diese Ziele zur Grundlage des o.g. Gesetzentwurfes zu machen und sie in konkreten Einzelregelungen konkretisierend umzusetzen. Dies leistet der Entwurf bislang keinesfalls ausreichend.

Zwar sieht auch der SoVD die Notwendigkeit, eine Qualitätsdebatte im Bereich der Intensivpflege und medizinischen Rehabilitation zu führen. Erforderlich sind höhere Qualitätsstandards und bessere Qualitätskontrollen, ambulant wie stationär. Das darf aber nicht dazu führen, dass die Betroffenen die Leidtragenden sind und gezwungen werden, in stationäre Einrichtungen umzuziehen! Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege muss sich nach dem individuellen Bedarf der Betroffenen richten, das Recht auf freie Wahl von Wohnform und –ort sowie das Wunsch- und Wahlrecht der*s Versicherten uneingeschränkt sicherstellen. Ziel muss ein Mehr an Selbstbestimmung sein und nicht ein Weniger. Zugleich müssen Rehabilitationsaspekte stärker berücksichtigt werden. Finanzielle Aspekte dürfen dabei nicht im Vordergrund stehen.

Die Zielrichtung, den Grundsatz „Reha vor (und bei) Pflege“ zu stärken wird unterstützt. Die geplanten Regelungen zur Verbesserungen der medizinischen Rehabilitation sollten sich hingegen nicht auf die geriatrische Rehabilitation beschränken. Um den Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ tatsächlich zu stärken, müssen die Aspekte der Rehabilitation, insbesondere der Früh-Rehabilitation, insgesamt stärker im Gesetzentwurf mitberücksichtigt werden. Rehabilitationsmaßnahmen sind zur Vermeidung und Reduzierung von bereits eingetretener oder drohender Pflegebedürftigkeit unverzichtbar.

3 Zu den Regelungen im Einzelnen

a) Neuer Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 37 II 3 SGB V¹ NEU) und Nr. 2 (§ 37c I 1 NEU)

Mit dem Referentenentwurf sollen Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege künftig die Leistungen auf Grundlage der neu geschaffenen Spezialvorschrift des § 37c I 1 erhalten.

SoVD-Bewertung: Der SoVD hat keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Norm, sofern damit lediglich der Vorrang des Anspruches auf außerklinische Intensivpflege vor dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 normiert ist. Nicht hingegen darf der neue Anspruch nach § 37c – NEU andere Leistungen zulasten der Versicherten (z.B. nach § 37 Abs.1) verkürzen oder gar ausschließen. Der SoVD verweist auch darauf, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege für die Versicherten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, z.T. auch in Werkstätten für behinderte Menschen zu leisten ist. Auch hier darf eine Spezialnorm, wie mit § 37c beabsichtigt, nicht verengend wirken. Es muss gewährleistet werden, dass der anspruchsberechtigte Personenkreis nach § 37c der Personenkreis ist, der nach bisherigem Recht aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege auch bei Unterbringung in stationären Pflegeeinrichtungen ausnahmsweise Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 II 3 bzw. 8 hatte.

b) Verordnung der Leistung durch besonders qualifizierte Vertragsärzte

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37 c I 2 – NEU)

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege sollen nur durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärzte verordnet werden können. Dies sind nach der Begründung insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten sei das Vorliegen der Indikation für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen.

SoVD-Bewertung: Die Behandlungspflege umfasst medizinische Leistungen und ist ärztlich zu verordnen. Dies muss erst recht bei außerklinischer Intensivpflege zur Versorgung bei besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gelten. Die Prüfung und Beurteilung der Indikation und des rehabilitativen Potentials setzt besondere Anforderungen an die ärztliche Qualifikation voraus. Insgesamt müssen Aspekte der Rehabilitation bei der Prüfung und Beurteilung der Indikation stärker berücksichtigt werden. Dies gilt in besonderer Weise auch für die Intensivpflege. Der SoVD betont, dass der von § 37 c betroffene Personenkreis weit über beamtete Menschen hinaus-

¹ Alle nachfolgenden §§ sind solche des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V), soweit nicht anders benannt.

geht und insbesondere auch die große Gruppe neurologischer Patientinnen und Patienten betrifft. Insoweit erscheinen die in der Gesetzesbegründung benannten Facharztgruppen zu eng gefasst. Weitere Facharztgruppen mit Rehabilitationskompetenz sollten beteiligt werden. Der SoVD hält es insbesondere für notwendig, auch die Kompetenzen der Abteilungen fachübergreifender Frührehabilitation bzw. die Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin hier einzubinden. Damit rehabilitative Potentiale besser erkannt und Reha-Indikationen besser diagnostiziert werden, müssen zudem Pflegekräfte und Ärzte speziell geschult werden. Die Kammern stehen in der Pflicht, hier Fortbildungen anzubieten. Zugleich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten, dass die Verordnung medizinischer Intensivpflege auch tatsächlich bundesweit flächendeckend sichergestellt ist.

In diesem Zusammenhang fordert der SoVD erneut eindringlich die systemgerechte Finanzierung der gesamten medizinischen Behandlungspflege aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zur finanziellen Entlastung der solidarischen Pflegeversicherung. Die Finanzierung "zusätzlicher" Stellen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen durch das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) genügt nicht. Es sollte nicht nur der finanzielle Mehraufwand für neue Stellen, sondern die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege insgesamt aus Mitteln der Krankenversicherung erfolgen. Es stößt diesseits auf Unverständnis und Kritik, dass die Finanzierungszuständigkeit der Krankenkassen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen nicht gilt. Die Behandlungspflege ist eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung, denn sie umfasst medizinische Leistungen zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung. Für Leistungen in (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen ist sie derzeit systemfremd bei der Pflegeversicherung angesiedelt (vgl. §§ 41 I 1, 43 II 1 SGB XI), was in der Praxis zu erheblichen Unterschieden in der Versorgung von Personen in ambulanter und stationärer Versorgung führt. Dies geht infolge der Limitierung der Leistungen der Pflegekassen bei stationärer Pflege letztlich auch zulasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Denn sie tragen die Mehrkosten, die über den Betrag der Pflegekasse je Pflegegrad hinausgehen, in vollem Umfang selbst. Damit führen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die eigentlich der krankenkassenärztlichen Versorgung als originäre Versicherungsleistung unterliegen, u.U. zur vorzeitigen Erschöpfung des pflegegradabhängigen Pflegebudgets nach dem jeweiligen Pflegegrad, obwohl dies eigentlich nur für reine Pflegeleistungen zur Verfügung steht.

c) Rehabilitationspotential erkennen und dokumentieren

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37 II 2 – NEU)

Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, soll künftig vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) erhoben und in der Verordnung dokumentiert werden. Begründet wird dies mit Hinweisen auf unnötige Verordnungen einer 24-stündigen ambulanten Intensivpflege in vielen Fällen ohne entsprechender Indikation und einer unzureichenden Ausschöpfung des Potenzials. Dies betreffe insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatienten. Auch wird auf Berichte über den

Einsatz von nicht ausreichend qualifiziertem Personal, gerade in der ambulanten Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit, hingewiesen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Regelung als Schritt in die richtige Richtung zur Stärkung der frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf und –potential. Das Problem von Fehlversorgung und Missbrauchsmöglichkeiten im Bereich der Intensivpflege wird erkannt. Zu Recht wird in der Begründung ausgeführt, dass eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen werden, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben, ohne dass Rehabilitationspotentiale ausgeschöpft werden. Dabei kam es auch vor, dass beatmete Patient*innen mit dubiosen Praktiken von der Intensivstation direkt „abgeworben“ wurden, etwa in Beatmungs-Wohngemeinschaften, statt ihnen die erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen und die Entwöhnung von der künstlichen Beatmung – zu ermöglichen. Dabei werden auf Kosten von Schwerkranken hohe Gewinne erzielt. Dies geht zulasten der Betroffenen, die in künstlicher Beatmung gelassen und ohne Rehabilitation nur noch „versorgt“ werden. Mit Blick auf die hohen und verbindlichen Ziele des SGB IX ist es unverzichtbar, Rehabilitationsbedarfe –und potenzielle frühzeitig und umfassend zu erkennen und auszuschöpfen. Dies fördert und sichert Selbstbestimmung und Teilhabe zugunsten der Betroffenen, wozu § 2 SGB IX verpflichtet.

d) **„Regelhafte“ stationäre Unterbringung nicht akzeptabel**

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c II – NEU)

Außerklinische Intensivpflege soll künftig „regelmäßig“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder in qualitätsgesicherten sogenannten Intensivpflege-Wohngemeinschaften erbracht werden. Ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit soll damit nur in Ausnahmefällen bestehen, wenn eine Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer Wohneinheit im Sinne des § 132i – NEU nicht zumutbar oder nicht möglich ist, beispielsweise, weil keine geeignete Einrichtung zur Verfügung steht. Nur dann bestehe weiterhin Anspruch auf Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, der Familie bzw. sonst an einem geeigneten Ort, hierzu können auch Werkstätten für behinderte Menschen gehören. Bei der Entscheidung über die Zumutbarkeit sollen persönliche, familiäre und örtliche Umstände angemessen berücksichtigt werden. Bei der Versorgung von minderjährigen Betroffenen sieht der Entwurf es als nicht zumutbar an, diese von ihrer Familie zu trennen, wenn die Betroffenen eine Versorgung im Haushalt, in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort wünschen. Die Möglichkeit, Leistungen in einer entsprechenden vollstationären Einrichtung in Anspruch zu nehmen, besteht aber auch für Minderjährige, wenn sie dies wünschen. Für Versicherte, die bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, gilt eine Übergangsregelung.

SoVD-Bewertung:

Die vorgesehene Regelung in § 37c II – NEU ist insgesamt nicht akzeptabel und wird vom SoVD mit Nachdruck kritisiert und abgelehnt.

Die Vorschrift bedeutet eine ganz erhebliche Einschränkung der Rechte behinderter Menschen, Wohnort und Wohnform frei zu wählen. Dieses Recht ist Ausdruck der Zielsetzung des SGB IX, größtmögliche Selbstbestimmung und Teilhabe sicherzustellen. Indem Betroffene ihren Anspruch auf außerklinische Intensivpflege grundsätzlich nur in vollstationären Pflegeheimen und sog. Intensivpflege-WGs umsetzen können, steht ihr Recht in Frage, in der eigenen Häuslichkeit selbstbestimmt zu leben und die notwendigen Unterstützungsleistungen – auch in Form von außerklinischer Intensivpflege – zu erhalten.

Während der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 für die Versicherten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, z.T. auch in Werkstätten für behinderte Menschen zu erfüllen ist, würde er für die besonders vulnerable Gruppe stark beeinträchtigter Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege deutlich eingeschränkt, was den Vorwurf der Diskriminierung aufgrund der Behinderung begründen kann.

Daran ändern auch die ergänzenden Regelungen in Satz 2 f. nichts. Die Ausführungen zur Unmöglichkeit bzw. zur Unzumutbarkeit sind als Ausnahmenvorschriften eng auszulegen und überdies als Kann-Vorschrift ausgestaltet, weshalb Betroffene lediglich einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung hätten. Die normierte „Zumutbarkeitsprüfung“ ist überdies – zulasten der Betroffenen – sehr eng gehalten: Sie bleibt z.B. sogar hinter der mit dem BTHG in § 104 SGB IX normierten – und von den Verbänden nach wie vor als zu eng kritisierten – Zumutbarkeitsprüfung beim ambulanten bzw. stationären Wohnen eingliederungshilfeberechtigter Menschen mit Behinderungen zurück. In jedem Fall aber müssten die Betroffenen darlegen, warum sie die Ausnahme der „Unzumutbarkeit“ für sich gelten machen. Dies kann zu erheblicher Rechtsunsicherheit und auch Rechtsstreitigkeiten führen. Dabei ist zugleich zu berücksichtigen, dass Verzögerungen für die Betroffenen bedeuten, von lebenswichtigen intensivpflegerischen Leistungen zunächst ausgeschlossen zu bleiben.

Die Regelung in § 37 c Abs. 2 kritisiert der SoVD mit Nachdruck und fordert, das Recht auf Wohnen in der eigenen Häuslichkeit bzw. in der vertrauten Familie als vorrangig uneingeschränkt anzuerkennen.

Zwar ist die Regelung in Satz 3, 2. Halbsatz insoweit richtig, als dass bei minderjährigen Kindern die Pflege außerhalb des eigenen Haushalts bzw. der Familie in der Regel nicht zumutbar ist. Allerdings verdeutlicht sie nochmals die Problematik der Gesamtregelung: Mit dem 18. Geburtstag entfielen grundsätzlich der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit oder in der Familie für die Betroffenen. Sie müssten entweder auf ihren Leistungsanspruch verzichten oder als 18-jährige junge Menschen in ein Pflegeheim bzw. eine Intensivpflegewohn Einrichtung umziehen. Der Gesetzgeber bleibt Konkretisierungen schuldig, wie dort das weiterhin bestehende Recht der betroffenen Menschen mit Behinderungen auf umfassende Rehabilitation – einschließlich beruflicher Rehabilitation – und Teilhabe verwirklicht wird. Insofern kritisiert der SoVD auch mit Nachdruck, wie die vorgeschlagene Regelung zum Leistungserbringungsort nach § 37 Abs. 2 mit dem Grundsatz „Reha vor Pflege“, auf dessen Stärkung der Gesetzentwurf in der Begründung abzielen vorgibt, vereinbar sein soll, zumal eine vorrangige Prüfung von Rehabilitationsleistungen vor stationärer Heimpflege ebenfalls nicht vorgesehen ist.

Nicht zuletzt verweist der SoVD darauf, dass die Regelung in § 37 c Abs. 2 Satz 4 keinen wirksamen Bestandsschutz beinhaltet, wie zum Teil in den Medien zu lesen ist, sondern lediglich eine zeitlich begrenzte Übergangsregelung für Versicherte, die bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in der eigenen Häuslichkeit die in Rede stehenden Leistungen erhalten. Es handelt sich dabei lediglich um eine limitierte Karenzzeit von 36 Monaten.

Angesichts der vorgenannten Kritik fordert der SoVD insgesamt eine vollumfängliche Korrektur und Nachbesserung der Regelung.

Abschließend ist zu betonen, dass der SoVD durchaus die Zielsetzung teilt, dass außerklinische Intensivpflege auf qualitativ hohem Niveau erbracht werden muss. Zugleich sind wirksame Kontrollen zur Sicherstellung dieses Ziels erforderlich. In der Gesetzesbegründung werden unter A. II hierzu Ausführungen gemacht. Allerdings bleibt offen, warum der Gesetzgeber davon ausgeht, dass diese strengen Qualitätsanforderungen vorrangig in stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden können bzw. sollen. Der SoVD hat in der Vergangenheit wiederholt auf eklatante Qualitätsdefizite in Pflegeheimen hingewiesen. Insoweit gilt es, – unabhängig vom Leistungserbringungsort – die außerklinische Intensivpflege auf qualitativ hohem Niveau sicherzustellen und die Leistungserbringer insoweit verbindlich zu verpflichten sowie zu kontrollieren.

e) **Die Länder nicht aus der Finanzierungsverantwortung entlassen**

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c III - NEU)

Versicherte mit gleichgelagerten intensivpflegerischen Bedarfen sollen grundsätzlich auch in finanzieller Hinsicht gleichbehandelt werden. Deshalb soll der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege bei Leistungserbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung sowie die notwendigen Investitionskosten umfassen. Zusätzlich können die Krankenkassen in ihrer Satzung regeln, dass bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung auch die nach § 87 des Elften Buches vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung ganz oder zum Teil übernommen werden.

SoVD-Bewertung: Das Ziel der finanziellen Gleichbehandlung der Versicherten mit gleichgelagerten Versorgungsbedarfen und die damit verbundene Kostenentlastung der Betroffenen und Angehörigen ist richtig und wird deshalb grundsätzlich begrüßt.

Dennoch sieht der SoVD insbesondere die Übernahme von Investitionskosten durch die Krankenkassen grundlegend kritisch. Die Krankenhausfinanzierung erfolgt in Deutschland seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 nach dem Prinzip der "dualen Finanzierung": Während die Krankenkassen die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung finanzieren, müssen die Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen werden, vgl. § 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz. Dem kommen die Länder jedoch nicht nach. Stattdessen werden die auftretenden Finanzierungslücken anderweitig durch Einsparmaßnahmen geschlossen, etwa bei den notwendigen Personalausgaben und letztlich werden Beitragsgelder der gesetzlich Versicherten zweckentfremdet. Zugleich sind die

Länder nach § 9 SGB XI im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Dies umfasst auch die finanzielle Unterstützung bei den betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen von Pflegeeinrichtungen. Anstatt ihrer Verantwortung bei der Finanzierung der Pflegeeinrichtungen nachzukommen, werden die Investitionskosten mit Billigung der Länder von den Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen zusätzlich in Rechnung gestellt. Neben steigenden Einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen haben sich die Investitionskosten in der stationären Pflege in den letzten Jahren zu einem großen Kostenfaktor für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entwickelt. Sie machen mittlerweile rund ein Viertel der finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen aus und liegen nach aktuellen Angaben des Verbandes der Ersatzkassen mittlerweile im Bundesdurchschnitt bei rund 1.900 Euro im Monat. Diese Summe ist für viele pflegebedürftige Renter*innen bereits heute nicht mehr aus ihrer Rente finanzierbar. Der SoVD bekräftigt daher seine Forderung gegenüber den Bundesländern, ihrer Verantwortung für die Versorgung der Patient*innen und Pflegebedürftigen gerecht zu werden und die Investitionskostenförderung im notwendigen Umfang zu leisten. Dies wäre etwa in Form einer verbindlichen Investitionskostenquote für die Bundesländer sowie einer verpflichtenden Ausgestaltung der finanziellen Unterstützung der Länder bei den betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen denkbar.

f) **Rehabilitationsaspekte im Entlassmanagement umfassend stärken**

Zu Artikel 1 Nr. 3 a (§ 39 Abs. 1a S. 6 - NEU)

Es wird klargestellt, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch eine erforderliche ärztliche Anschlussbehandlung im Wege der stationären Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus verordnen können. Dies soll dann gelten, wenn ein besonderes fachärztliches Versorgungsbedürfnis vom behandelnden Krankenhaus nicht erfüllt werden kann und eine ambulante fachärztliche Anschlussversorgung aktuell nicht zur Verfügung steht. Die Begründung nennt exemplarisch Fälle, in denen nach intensivmedizinischer Krankenhausbehandlung mit maschineller Atemunterstützung eine längerfristige Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in Betracht kommt und in einem hierauf spezialisierten Krankenhaus mit Weaningstation durchgeführt werden kann. Hierbei habe das Entlassmanagement sicherzustellen, dass keine voreilige Überführung von Beatmungspatient*innen in die außerklinische Intensivpflege ohne den vorherigen Versuch einer Beatmungsentwöhnung durch dafür fachlich qualifizierte Ärzt*innen erfolgt.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Klarstellung und die Zielsetzung, eine voreilige Überführung in die außerklinische Intensivpflege zu vermeiden. Das muss neben Beatmungspatient*innen für alle Intensivpflegepatienten gelten. Im Entlassmanagement sollte auch die Dimension der Früh-Rehabilitation gestärkt und unterstützt werden. Insoweit verweist der SoVD auf die Kompetenzen von Abteilungen fachübergreifender Frührehabilitation bzw. der Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Eine frühzeitig einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung soll frühestmöglich Fähigkeiten wie Sprechen, Essen und Bewegen wiederaufbauen bzw. erhalten und muss bei fortbestehendem, individuellen Bedarf auch im Anschluss an die

Krankenhausbehandlung in anderen Einrichtungen, insbesondere Reha-Einrichtungen, fortgesetzt werden.

g) **SoVD kritisiert fortbestehende Mehrkostenregelung**

Zu Artikel 1 Nr. 4 a (§ 40 Abs. 2 S. 4)

Nach § 40 Absatz 2 Satz 4 können Versicherte für eine stationäre Rehabilitation auch eine andere, von der Krankenkasse nicht bestimmte zertifizierte Einrichtung wählen – in diesem Falle sollen sie künftig nur noch die Hälfte der dadurch entstehenden Mehrkosten tragen, statt wie bisher die gesamten Mehrkosten.

SoVD-Bewertung: Die Intention der Neuregelung, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zu stärken, wird seitens des SoVD begrüßt. Allerdings bleibt unklar, warum eine hälftige Mehrkostentragung weiterhin befürwortet wird. Auch eine hälftige Kostentragung bedeutet eine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts: Betroffene müssen sich dieses weiterhin finanziell „leisten können“. Vor diesem Hintergrund befürwortet der SoVD die Streichung des Mehrkostenvorbehalts, wenn sich Versicherte für eine andere zertifizierte Einrichtung als die von der Krankenkasse bestimmte, entscheiden. Durch die Zertifizierung durch die Kostenträger ist die notwendige Qualitätssicherung gewährleistet, so dass kein Grund ersichtlich ist, die Betroffenen an den Mehrkosten zu beteiligen

h) **Zugangserleichterung für alle Rehabilitationsfälle gefordert**

Zu Artikel 1 Nr. 4 b aa (§ 40 III 2 und 3 – NEU)

Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll künftig zur Erleichterung und Beschleunigung des Verfahrens nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können. Bei anderen Indikationen soll die Krankenkasse von der ärztlichen Verordnung nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen können.

SoVD-Bewertung: Das Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Selbstständigkeit und die Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Patientinnen und Patienten mit einer geriatrischen Multimorbidität. Die vorgesehene Erleichterung und Beschleunigung des Genehmigungsverfahrens kann den Zugang zu geriatrischer Rehabilitation erleichtern, schafft allerdings Sonderrecht. Der Zugang zu organspezifischer Rehabilitation wird nicht erleichtert, obwohl gerade ein solcher auch älteren (geriatrischen) Patientinnen und Patienten zugutekäme, für die der Zugang heute oft deutlich einschränkt ist. Der SoVD fordert insoweit Zugangserleichterungen für alle Bereiche der Rehabilitation. Rehabilitationsleistungen dienen der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. In der Begründung heißt es, es soll insbesondere die geriatrische Rehabilitation noch vor einer Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden möglichen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. § 18 SGB XI) gestärkt werden. Dies gilt nicht nur für die geriatrische Rehabilitation, sondern beispielsweise für Jugendliche zur Vermei-

dung einer lebenslangen Pflegebedürftigkeit etwa nach einem Verkehrsunfall gleichermaßen. Die Zugangserleichterung des Satz 1 sollte daher für alle Fälle der Rehabilitation gelten, was dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ umfassend entsprechen würde. Soweit Bedenken bestehen, können die Krankenkassen den Medizinischen Dienst einschalten.

Der gesetzliche Anspruch pflegebedürftiger Menschen auf Rehabilitation muss in der Praxis verwirklicht werden. Dazu muss der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ endlich gezielt umgesetzt werden. Gerade chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen sowie ältere Menschen insgesamt sind von fehlenden Angeboten besonders betroffen. Um einen gleichberechtigten Zugang zu bedarfsgerechten Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen, muss das Angebot stationärer wie ambulanter und insbesondere aufsuchender Rehabilitation bundesweit flächendeckend ausgebaut werden.

i) **Leistungsdauer muss sich am individuellen Bedarf orientieren**

Zu Artikel 1 Nr. 4 b bb (§ 40 III 6 – NEU)

Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sollen künftig in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden.

SoVD-Begründung: Soweit sich die Regelung allein auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation beschränkt, wird auf die Ausführungen unter Punkt 3 h dieser Stellungnahme verwiesen. Die Intention, mit der Normierung verkürzte Leistungsbewilligungen, eine unnötige Folgebürokratie, Genehmigungsverfahren und möglichen Behandlungslücken entgegenzuwirken, wird erkannt. Allerdings fordert der SoVD, dass sich Leistungen der Rehabilitation konsequent ausschließlich am individuellen Bedarf des Rehabilitanden orientieren – dies muss insbesondere auch für Dauer, Umfang und Beginn dieser Leistungen gelten. Der SoVD weist darauf hin, dass gesetzliche Limitierungen im Bereich Rehabilitation (vgl. § 40 Abs. 3 Sätze 2 und 4 SGB V hinsichtlich Dauer und Intervallen rehabilitativer Leistungen) vorrangig mit dem Ziel der Kostendämpfung für Kranken- und Rentenversicherung eingeführt wurden. Die jetzt beabsichtigten Änderungen mögen die limitierenden Regelungen gruppenbezogen etwas lockern, eine prinzipielle (Neu-) Ausrichtung des Rechts liegt darin jedoch nicht. Der SoVD fordert, auf gesetzliche Limitierungen bei Rehabilitationsleistungen zu verzichten und diese konsequent am individuellen Bedarf der Betroffenen ausgerichtet zu gewähren. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Regelbestimmungen stets die Gefahr bergen, in der Praxis als Obergrenze ausgelegt oder missverstanden zu werden, was ebenso Folgeanträge, weitere Genehmigungsverfahren und möglicherweise Behandlungslücken auslösen kann.

j) **Aufhebung der Wiederholungsfrist**

Zu Artikel 1 Nr. 4 b dd (§ 40 III 8 – NEU)

Für Versicherte gilt nach § 40 Absatz 3 Satz 6, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden können (Wiederholungsfrist). Dieser

Grundsatz soll für Minderjährige aufgehoben werden, um den besonderen gesundheitlichen Bedingungen des Kindes- und Jugendalters Rechnung zu tragen und einen Gleichklang mit den für den Bereich der Rentenversicherung geltenden Regelungen herzustellen.

SOVD-Bewertung: Die Aufhebung der Wiederholungsfrist für Minderjährige ist richtig, denn sie unterstützt eine bedarfsdeckende Versorgung für Minderjährige. Eine bedarfsdeckende Versorgung muss jedoch für alle Versicherten möglich sein. Auf die Ausführungen in 3 i) wird insoweit vollumfänglich verwiesen, weshalb auf die Wiederholungsfristen insgesamt verzichtet werden sollte.

4 Fazit

Wenn die Bundesregierung gegen Fehlversorgung und Missbrauchsmöglichkeiten im Bereich der Intensivpflege vorgehen will, darf das am Ende nicht zu einem Weniger an Selbstbestimmung zulasten der Betroffenen oder gar zu Zwangseinweisungen in Pflegeheime führen. Nachbesserungen am vorliegenden Referentenentwurf sind deshalb unverzichtbar. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege muss sich nach dem individuellen Bedarf der Betroffenen richten und das Recht auf freie Wahl von Wohnort und Wohnform sowie die Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten ausdrücklich berücksichtigen. Ziel muss ein Mehr an Selbstbestimmung sein und nicht ein Weniger. Die geplanten Regelungen zur Verbesserung der medizinischen Rehabilitation dürfen sich nicht auf die geriatrische Rehabilitation beschränken. Aspekte der Rehabilitation kommen insgesamt zu kurz und müssen stärker mitberücksichtigt werden.

Berlin, 6. September 2019

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik