

**Stellungnahme der**

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE  
von Menschen mit Behinderung,  
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
(BAG SELBSTHILFE)**

**zum**

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von  
Rehabilitation und  
intensivpflegerischer Versorgung  
in der gesetzlichen Krankenversicherung (RISG)**

Als Dachverband von 117 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE die Zielsetzung des Referentenentwurfs, für bestimmte Personengruppen den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern und Zuzahlungen in bestimmten Fällen zu reduzieren.

Die BAG SELBSTHILFE kann auch das Anliegen des Gesetzgebers nachvollziehen, Qualitätsmängel und Fehlversorgung im Bereich der Intensivpflege zu beseitigen.

**Mit Empörung ist jedoch der Versuch zurückzuweisen, eine Lösung der Problematik darin zu suchen, dass das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Patienten zunichte gemacht und diese in vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Wohngruppen abgeschoben werden sollen.**

**Auch Menschen mit einem hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, insbesondere kontinuierlich beatmete Patienten haben ein Recht, ihren Aufenthaltsort frei wählen zu können und in ihrem familiären Umfeld zu leben!**

Unverständlich ist, warum der Referentenentwurf nicht die naheliegende Konsequenz aus den teilweise bestehenden Qualitätsdefiziten und Fehlversorgungen zieht und die Qualitätstransparenz für die Versicherten verbessert sowie intensive Qualitätskontrollen einführt.

Im Übrigen enthält der vorliegende Referentenentwurf an vielen Stellen schwammige Begriffsbildungen, so dass weder die jeweils betroffene Personengruppe klar erkennbar ist noch der Umfang des jeweiligen Leistungsanspruches. Auch insofern ist der Gesetzesentwurf dringend nachzubessern.

Im Einzelnen ist zu dem Gesetzentwurf Folgendes auszuführen:

### **(I.) Anspruch auf außerklinische Intensivpflege**

Nach § 37 SGB V besteht bereits ein Rechtsanspruch auf außerklinische Intensivpflege in der Häuslichkeit auch bei hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Vorschrift des § 37 c SGB V schafft keinen neuen Rechtsanspruch, sondern beschneidet die bereits bestehenden Rechtsansprüche ganz empfindlich. Regelhaft sollen hiernach nämlich volljährige Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege - auch gegen ihren Willen - aus ihrer Häuslichkeit entfernt und in vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Wohngruppen verbracht werden. Sogar bei minderjährigen Betroffenen soll dies im Einzelfall zumutbar sein.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre eine solche Vorschrift verfassungswidrig und weder mit dem Grundgesetz noch mit der UN-Behindertenrechtskonvention vereinbar.

Das Ansinnen, das Wahlrecht und das Aufenthaltsbestimmungsrecht der Betroffenen abzuschaffen, ist mit Empörung zurückzuweisen.

Der Schutz von Ehe und Familie in Artikel 6 GG gebietet vielmehr den Vorrang der häuslichen Pflege auf der Basis des Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen.

Gänzlich abwegig sind aus Sicht der BAG SELBSTHILFE Zumutbarkeitsregelungen für Kinder und Jugendliche, da hierdurch die Möglichkeit für intensivmedizinisch betreute Kinder und Jugendliche in Frage gestellt wird, Kindergärten und Schulen zu besuchen. Auch insofern wäre § 37 a SGB V verfassungswidrig.

Die Vorschrift verstößt auch gegen das verfassungsrechtliche Bestimmtheitsgebot, da hier massive Grundrechtseingriffe per Gesetz für einen unbestimmten Personenkreis eröffnet werden sollen. Es ist nämlich völlig unklar, wie ein „besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ definiert werden soll. Eine Delegation der Definitionsmacht an den Gemeinsamen Bundesausschuss ist aufgrund der Intensivität des Grundrechtseingriffs unzulässig (Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts).

Der Rechtsanspruch aus § 37 SGB V auf Intensivpflege in der Häuslichkeit darf nicht beschnitten werden.

Wenn man schon die Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege neben dem ohnehin schon in § 37 SGB V nominierten Rechtsanspruch konkretisieren will, dann sollten in § 37 a SGB V zwei Klarstellungen erfolgen:

- Es besteht ein uneingeschränktes Wahlrecht des Versicherten ohne Mehrkostenvorbehalt, ob die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in der Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden. Zuzahlungen und Eigenanteile werden weder für die Leistungserbringung in der Häuslichkeit noch in Einrichtungen, Wohngruppen oder anderen Settings erhoben.
- Sowohl für die häusliche Intensivpflege als auch für die Intensivpflege in Einrichtungen müssen
  - klare Maßgaben für die Strukturqualität der Leistungserbringung definiert,
  - die Qualitätstransparenz der Leistungserbringung auch für die Versicherten und ihre Angehörigen hergestellt,
  - engmaschige unangekündigte MDK-Kontrollen vorgesehen und
  - ein leistungserbringerüberprüfendes verpflichtendes Qualitätsmanagement eingeführt werden.

Bei Leistungserbringung in der Häuslichkeit muss die Rolle des Versicherten und seiner Angehörigen im Verhältnis zwischen verordnenden Arzt und Leistungserbringer gestärkt werden.

Im Einzelnen ist zu dem notwendigen Qualitätsmanagementregime Folgendes auszuführen:

Es ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zu begrüßen, dass in § 37 c Abs. 1 SGB V vorgesehen ist, dass der verordnende Arzt künftig bei kontinuierlich beatmeten und tracheotomierten Patienten verpflichtet wird, bei der Verordnung das Potential zur Reduzierung

der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und zu dokumentieren hat.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollten die verordnenden Ärzte bei allen Formen der Intensivpflege, d.h. nicht nur bei der Pflege von beatmeten bzw. tracheotomierten Patienten - verpflichtet werden, solche Behandlungsziele festzulegen und den Versicherten und ihren Angehörigen zu kommunizieren.

Nur so entsteht ein Beurteilungsmaßstab an dem das weitere Behandlungsgeschehen bewertet werden kann.

Die Daten der Soll-Ziele und der Ist-Ziele sollten sodann durch ein verbindlich festzulegendes Verfahren aggregiert und zum Zwecke des leistungserbringerübergreifenden Qualitätsmanagements genutzt werden.

Flankierend kann so auch die Qualitätstransparenz verbessert werden, indem über die Publikation von Qualitätsberichten eine Vergleichbarkeit der Leistungen erreicht wird.

Dies ist wiederum eine wichtige Grundlage, um das Wahlrecht des Versicherten zum Ort der Leistungserbringung bzw. zur Auswahl des Leistungserbringers ausüben zu können.

Dementsprechend bedarf es auch konkreter Maßgaben für die Strukturqualität, deren Erfüllung/Nichterfüllung den Versicherten und ihren Angehörigen transparent zu machen sind.

Die BAG SELBSTHILFE registriert durchaus, dass im Referentenentwurf in § 132 i SGB V ein Regime der Qualitätssicherung vorgesehen ist. Sie hält aber das Instrument der Rahmenempfehlungen mit darauf aufbauenden Selektivverträgen für nicht geeignet, die vom Gesetzgeber ja offenbar angestrebten Qualitätsziele zu erreichen.

Erst kürzlich hat das Bundesversicherungsamt beklagt, dass derartige Verträge nicht mehr vorlagepflichtig sind und daher oftmals die gebotenen gesetzlichen Standards unterlaufen.

Ganz allgemein hat sich gezeigt, dass ohne eine Stärkung der Qualitätstransparenz und der Rolle der Versicherten die traditionellen Steuerungsmechanismen der Selbstverwaltung im Bereich der Qualitätssicherung leerlaufen.

## **(II) Entlassmanagement**

Dass das Entlassmanagement im Krankenhaus auch den Fall einer Anschlussversorgung im Krankenhaus umfasst, ist eine Selbstverständlichkeit. Die BAG SELBSTHILFE begrüßt daher die in § 39 Abs. 1 a vorgesehene Klarstellung. Dass eine solche Klarstellung notwendig ist, wirft kein gutes Licht auf die Patientenorientierung der zur Rechtskonkretisierung berufenen Partner der Selbstverwaltung.

## **(III.) Rehabilitation allgemein**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass die in § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V enthaltene Mehrkostenregelung reduziert werden soll. Da die Regelung den Fall betrifft, dass die Rehabilitationsmaßnahme in einer zertifizierten Einrichtung erfolgen soll, sollte die Mehrkostenregelung aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ganz entfallen.

## **(IV) Geriatrische Rehabilitation**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation mit der Neuregelung nach § 40 Abs. 3 Satz erleichtert werden soll. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sind noch drei klarstellende Ergänzungen hinsichtlich der im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelung erforderlich:

- Unabhängig von Zugang zur geriatrischen Rehabilitation über die vertragsärztliche Versorgung muss auch weiterhin nach Antrag der Versicherten der Rehabilitationsbedarf ermittelt werden.

- Auch im Fall der Anschlussheilbehandlung im Krankenhaus müssen die nun vorgesehenen Neuregelungen greifen.
- Die Bewilligungsregelungen der §§ 14 ff SGB IX müssen entsprechend der dort vorgesehenen Fristenregelungen greifen. Nur so kann die Kompatibilität mit dem SGB IX gewährleistet werden.

Gerade angesichts des demographischen Wandels in unserer Gesellschaft besteht für das Feld der geriatrischen Rehabilitation jedoch ein wesentlich umfangreicher Reformbedarf. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE müssen in den Referentenentwurf folgendes Regelungskomplexe ergänzend aufgenommen werden:

- Das Angebot an Einrichtungen zur geriatrischen Rehabilitation muss entsprechend des steigenden Bedarfs in den nächsten Jahren konsequent weiterentwickelt werden.
- Erforderlich ist die Entwicklung, Erprobung, Evaluation, Verbreitung und regionale Vernetzung innovativer geriatrischer Versorgungsangebote, wie z. B. geriatricspezifische Versorgungsverbände, Mobile geriatrische Rehabilitation, Ambulante geriatrische Rehabilitation, Geriatrische Schwerpunktpraxen resp. Institutsambulanzen oder der gezielte Einsatz präventiver Hausbesuche einschl. ihrer regionalen Vernetzung. -
- Es muss stärker sichergestellt werden, dass dem geriatrischen Patienten alle individuell notwendigen fachspezifischen Versorgungsangebote - von ambulant bis stationär - für alle Phasen seiner Erkrankung wohnortnah und gut vernetzt in ausreichender Dauer zur Verfügung stehen.
- Die medizinischen Versorgungsstrukturen sind so auszugestalten, dass geriatrische Patienten in der täglichen Versorgungspraxis schnell und effizient erkannt und deren individueller Versorgungsbedarf ermittelt werden kann.
- Die quer durch Deutschland gehende Trennung in akutmedizinische und rehabilitative Leistungen in der Geriatrie wird häufig dem Bedarf geriatrischer multimorbider Patienten nicht gerecht. Verschiedene landesspezifische Regelungen zur Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung (Krankenhaus, Rehabilitation, Pflegeinstitutionen,

ambulante Versorgung) führen überdies oft zu mangelhafter Transparenz bei Verantwortlichen wie auch Anspruchsberechtigten. Es ist für eine gleichberechtigte Teilhabe auch älterer Menschen mit Behinderungen dringend zu empfehlen, diese Erschwernisse zu beseitigen. Darum sollte überlegt werden, wo es sinnvoll wäre, die Trennung in „Geriatric im Krankenhaus“ (§ 109 SGB V) und „Geriatric Rehabilitation“ (§ 111 SGB V) zu überwinden. Hierzu sollte eine entsprechende Arbeitsgruppe im Bundesministerium für Gesundheit eingerichtet werden.

- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Geriatric muss qualitativ und quantitativ deutlich verbessert werden. Dies erfordert einen deutlichen Ausbau der fachspezifischen Qualifizierung aller an der Versorgung geriatricer Patienten beteiligten Berufsgruppen auf allen Qualifizierungsebenen. Das betrifft auch die Qualifizierung zur Verordnung und Versorgung mit Hilfsmitteln.

Düsseldorf, 03.09.2019