



Bundesverband
Selbsthilfe
Körperbehinderter e.V.

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., Kurfürstenstr. 131, 10785 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 223
Herr Dr. Christian Abt

11055 Berlin

per E-Mail: 223@bmg.bund.de

**Referentin für Gesundheits-
und Sozialpolitik**
Andrea Fabris

Büro Berlin
Kurfürstenstr. 131
10785 Berlin
Tel.: 030 / 814 5268-50
Fax: 030 / 814 5268-59
E-Mail: andrea.fabris@bsk-ev.org

Sitz des Verbands
Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim
Tel.: 06294 4281-0
Fax: 06294 4281-79
www.bsk-ev.org

30.08.2019



Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) bedankt sich für die Möglichkeit, zum „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)“ Stellung zu nehmen. Der BSK e.V. vertritt seit mehr als 60 Jahren vorrangig Menschen mit Körperbehinderung und setzt sich für deren Rechte ein.

Vorweg stellen wollen wir eines: eine Frist von gut **3 Wochen** für die Erstellung einer schriftlichen Stellungnahme ist bei Strukturen, die in der Regel auf einige wenige hauptamtliche Mitarbeiter und vorwiegend ehrenamtliche Mitglieder aufbauen, fast **nicht** möglich.

Die Partizipation die so gewahrt werden soll, ist eine Scheinpartizipation.

So erreichen Sie uns:
Nollendorfpplatz (U1,U2, U3 und U4)

Schillstraße (Bus 100, 106,187 und M29)


Geschäftskonto:
Sparkasse Neckartal-Odenwald
BLZ 674 500 48 – Konto 40 70 751
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51
BIC SOLADES1MOS

Gemeinnützigkeit:
Gemeinnützigkeit
zuerkannt durch das
Finanzamt Öhringen
Steuer-Nr.: 76001/30101



Mitgliedschaften des BSK:
 



Nichts destotrotz werden wir zu diesem Gesetz eine Stellungnahme abgeben. Bei unserer Stellungnahme werden wir besonderes Augenmerk auf die Frage der Beatmungspatienten legen.

1. Grundsätzliches

Das Gesetz soll laut Gesetzesbegründung drei wichtige Ziele verfolgen: Erstens soll es **klare Anreize setzen, Patienten von der Beatmung zu entwöhnen**. Dies dient nicht nur der Gesundheit. Ohne Beatmungsgerät wird auch die Teilhabe an der Gemeinschaft entscheidend verbessert oder gar erst ermöglicht.

Dieses Ziel ist zu unterstützen. Jedoch müssen wir festhalten, dass auch mit Beatmungsgerät eine Teilhabe an der Gemeinschaft möglich ist. Klar ist und das zeigen auch wissenschaftliche Studien, dass das Weaning Potential nicht optimal genutzt wird. Doch deswegen gleich solch ein Gesetz?

Zweitens soll die **Qualität der ambulanten intensivmedizinischen Versorgung deutlich verbessert werden** und damit vorhandener **Missbrauch** dort **bekämpft werden**, wo Patienten über 24 Stunden/ 7 Tage die Woche in zum Teil dubiosen Strukturen für viel Geld schlecht gepflegt werden. Die selbstbestimmte Wahl des Aufenthaltsortes wollen wir erhalten.

Das Ziel die Qualität zu verbessern können wir nur unterstützen, doch Missbrauch beugt man mit diesem Gesetz nicht vor. Es geht aus dem Wortlaut des § 37c SGB V neu nicht hervor, dass die selbstbestimmte Wahl des Aufenthaltsortes erhalten bleiben soll. Eher das Gegenteil ist der fall.

Und drittens sollen Patienten, die sich heute wegen der hohen **Eigenanteile** eine spezialisierte stationäre Pflege nicht leisten können, entscheidend **entlastet werden**.

Der Fokus des Gesetzentwurfes liegt auf den Patienten, die 24/7 künstlich beatmet und von Pflegefachkräften betreut werden müssen, sowie auf Koma-Patienten, die sich selbst nicht artikulieren und wehren können.

Eine finanzielle Entlastung der Patienten und deren Angehöriger ist zu begrüßen. Das mit dem Gesetzentwurf nur ein eingeschränkter Personenkreis gemeint sein soll geht nicht hervor. Und selbst bei diesem Personenkreis muss es jedem Selber überlassen bleiben, wo er betreut und gepflegt werden will.

Unsere Kritikpunkte und Änderungsvorschläge im Einzelnen:

2. § 37c Außerklinische Intensivpflege

Für den Begriff der Außerklinischen Intensivpflege findet sich im Gesetz keine Legaldefinition. Die Leistung ist in der Regel gekoppelt an bestimmte Diagnosen, die Erforderlichkeit von häuslicher Krankenpflege in einem erheblichen Stundenumfang pro Tag beinhaltet. Die HKP-Richtlinie kennt keine Intensivpflege. Klar ist in der Fachwelt: die Intensivpflege ist eigentlich eine Komplexleistung, welche professions- und sektorenübergreifend erbracht werden sollte. Vor diesem Hintergrund lässt gerade der § 37 c SGB V neu sehr viele Fragen offen und schürt bei den Betroffenen Ängste, dass sie ihre gewohnte Umgebung, die Versorgung und ihr soziales Umfeld aufgeben müssen.

Die Schlussfolgerungen, die das Ministerium aus z.B. Dem Artikel in Pneumologie 2017,71,204-206 zieht, nämlich, dass die Versorgung in stationären Einrichtungen besser ist, ist so aus diesem Artikel nicht zu entnehmen. Vielmehr wird deutlich, dass das Weaning Potential momentan nicht ausreichend ausgeschöpft wird. Dieses Potential wird aber nicht deswegen besser ausgeschöpft, wenn die Patienten in stationären Einrichtungen versorgt werden. Der Grundgedanke, der dem Gesetzentwurf zu Grunde liegen sollte, wäre eine Verbesserung des Weanings und die Möglichkeit Betroffenen, die nicht entwöhnt werden können ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Ein Gesetzentwurf der sich als allererstes so liest, als ob das Selbstbestimmungsrecht aufgehoben wird, kann nur den Unmut aller Betroffenen hervorrufen. Im Einzelnen werden wir einige Aspekte aufgreifen, die uns in diesem Zusammenhang besonders wichtig erscheinen.

- a. In **Absatz 1 des § 37c SGB V neu** wird der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege festgeschrieben. Diese ist nach dem Referentenentwurf durch eine Verordnung zu belegen. Der Referentenentwurf sieht hier einen besonders qualifizierten Facharzt vor. Lediglich in der Begründung sind dann die Pulmologen aufgeführt. In der Versorgungswirklichkeit zeigt sich schnell, dass die Pulmologen nicht unbedingt diejenigen sind, die sich mit beatmeten Patienten auskennen. Vielmehr sind gerade bei den Langzeitbeatmeten Patienten mit chronischen Erkrankungen eher die Neurologen bzw. Intensivmediziner oder auch Anästhesisten diejenigen, die am besten qualifiziert sind. Im Rahmen der Vertragsärztlichen Versorgung stößt man auf das Problem, dass es zu wenige niedergelassene Ärzte gibt, die hier eine qualifizierte Verordnung ausstellen könnten. Im Hinblick auf die Versorgungsmöglichkeit und -wirklichkeit kann es nicht sein, dass eine

eigenständige Lebensführung mangels ausreichend qualifiziertem Arzt in manchen Regionen (ländlicher Raum) mit hoher Wahrscheinlichkeit scheitert als in anderen Regionen. Wenn die Zusammenarbeit mit einem einschlägig qualifizierten Arzt gefordert wird, sollten alle Möglichkeiten der telemedizinischen Konsultation vor dem Hintergrund der allseits geforderten Digitalisierung ausgeschöpft werden. So ist vorstellbar, dass ein Neurologe bzw. Internist von einem im Weaning erfahrenen Arzt auch telemedizinisch beraten werden kann.

Auch ist hier die Bundesärztekammer gefordert, den Ärzten entsprechende Qualifizierungsmöglichkeiten anzubieten, um so eine gute und flächendeckende Versorgung sicher zu stellen.

Das Entwöhnungspotential möglichst umfassend auszuschöpfen ist, wie oben schon geschrieben, ein positiver Aspekt im Gesetzentwurf. Es sollte aber allen Beteiligten klar sein, dass es auch hier an entsprechenden Einrichtungen mangelt bzw. auch andere Einrichtungen, wie spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen die Entwöhnung durchführen können. An erster Stelle sei hier das Krankenhaus genannt. Sollte dort eine Entwöhnung nicht möglich sein, dann kann die Entwöhnung auch in einer anderen qualifizierten Einrichtung erfolgen. Auf alle Fälle muss jedoch das Entwöhnungspotential bei der Entlassung aus dem Krankenhaus entsprechend festgestellt werden. Eine entsprechende Regelung könnte so aussehen:

Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Der Anspruch umfasst auch den nach einer Dekanülierung weiterhin erforderlichen, jedoch nicht planbaren Interventionsbedarf. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist die Entwöhnung von der Beatmung grundsätzlich Aufgabe des Krankenhauses. Ist die Entwöhnung im Krankenhaus nicht möglich, ist vor der Entlassung aus dem Krankenhaus das Potential zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. Ist die Beatmungsentwöhnung im Krankenhaus nicht möglich, kann diese auch durch geeignete Pfleg- und Rehabilitationsdienste, in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen nach § 28 Abs. 1 SGB IX sowie in Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches erbringen ausgeführt werden, wenn sie über die dazu erforderliche Struktur- und Prozessqualität verfügen.

- b. Der **§ 37c Absatz 2 SGB V neu** beschränkt die außerklinische Intensivpflege ausschließlich auf Heime und BeatmungWGs.



Diese Regelung stellt eine Abkehr der bisherigen Versorgung von behandlungspflegerischen Leistungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege dar. Die bislang selbstverständliche Versorgung in der eigenen Häuslichkeit des Versicherten soll nunmehr nur noch möglich sein, wenn die Versorgung in vollstationären Einrichtungen bzw. in einer Wohneinheit versagt. Darüber hinaus stellt der Gesetzgeber klar, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtungen jeglichen pflegebedingten Aufwand - einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § SGB XI sowie der notwendigen Investitionskosten - erfolgt. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung können die Krankenkassen als Satzungsleistungen übernehmen.



Die heute sehr häufig anzutreffende Pflege in der häuslichen Umgebung soll nur in Ausnahmefälle, wenn alle andere nicht zumutbar ist, möglich sein. Das Problem mit der Zumutbarkeit ist, dass hier jeder andere Anforderungen an die Zumutbarkeit hat. Zumutbarkeit ist immer eine Ermessensentscheidung. Im Falle des Betroffenen sollte hier aber ganz klar eine Ermessensreduzierung auf Null vorliegen und dem Wunsch des Betroffenen immer entsprochen werden. Nach Art 26 Abs. 1 UN-BRK haben die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe ab allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren, d.h., die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft zu fördern (Art 3 Buchst. c UN-BRK).

Legt man die UN-BRK und das Grundgesetz Art 11 im Lichte dieser Regelungen aus, ist Absatz 2 ein Schlag in das Gesicht all derer, die dann in eine Einrichtung umziehen müssten.

Auch nicht sichergestellt ist, dass in diesen Einrichtungen die Versorgung besser ist, als in den eigenen vier Wänden. Dies soll nicht bedeuten, dass BeatmungWGs Tür und Tor geöffnet wird, hier sollte mit Augenmaß der Gesetzentwurf dahingehend abgeändert werden, dass es möglich ist alle Formen des WO der Versorgung von Intensivpflegebedürftigen zu nutzen und dem Willen des Einzelnen entscheiden zu lassen und nicht im Gesetz vorzuschreiben, wo aus Sicht des Gesetzgebers die beste Versorgung (oder die Kostengünstigste?) zu erwarten ist.

Es ist schon fast ein Hohn, dass im Gesetzentwurf auf Seite 18 unter V Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen wirklich steht, dass dieser Gesetzentwurf mit denen vereinbar ist. Mit der UN BRK ist er jedenfalls nicht vereinbar.

So erreichen Sie uns:

Nollendorflplatz (U1,U2, U3 und U4)
 Schillstraße (Bus 100, 106,187 und M29)


Geschäftskonto:

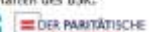
Sparkasse Neckartal-Odenwald
BLZ 674 500 48 – Konto 40 70 751
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51
BIC SOLADES1MOS

Gemeinnützigkeit:

Gemeinnützigkeit
zuerkannt durch das
Finanzamt Öhringen
Steuer-Nr.: 76001/30101



Mitgliedschaften des BSK:



Die in Absatz 2 Satz 3 festgelegte Übergangsfrist von 36 Monaten, kann so auch keinen Bestand haben. Die Betroffenen entscheiden in der Regel selbstverantwortlich, wo sie gepflegt werden wollen. Da dieses Selbstbestimmungsrecht elementar ist, kann es nicht durch eine Übergangsfrist ausgehebelt werden. Eine Übergangsfrist könnte maximal für die Regelungen nach § 132i SGB V neu gelten. Unser Vorschlag daher für den Absatz 2:

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht entsprechend dem individuellen Bedarf unter Berücksichtigung des Wunschrechts im Haushalt des Versicherten durch geeignete Pflege- und Rehabilitationsdienste, in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen nach § 28 Abs. 1 SGB IX sowie in Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches erbringen.

Die außerklinische Intensivpflege wird gemeinsam mit Leistungen zur Förderung der Teilhabe nach § 5 Nr. 1 SGB IX ausgeführt (Komplexleistungen). Der Bedarf an Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege einschl. der Förderung der Teilhabe ist im Krankenhaus festzustellen und als Anlage der Verordnung beizufügen.

- c. Die Zuzahlungsregelungen in **Absatz 4** sollten einheitlich gestaltet werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Menschen die in einer Einrichtung leben nur 28 Tage a 10 Euro zuzahlen müssen, während bei einer ambulanten Intensivpflege diese Regelung nicht gilt.

Versicherte die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung für die Komplexleistung den sich nach § 61 Satz 2 des Fünften Buches ergebenden Betrages, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme an die Krankenkasse.

3. § 132i SGB V neu

Da nach dem Vorschlag zu § 37c auch die Rehabilitationseinrichtungen und -dienste die Komplexleistung ausführen können sollten, nimmt Satz 1 ergänzend die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände auf.

Da die Ausführung der Komplexleistungen durch Rehabilitationseinrichtungen und Dienste auch Auswirkungen auf die Ausführung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in diesen Einrichtungen hat, soll mit Satz 2 die BAR – und über diese die dort verankerten Leistungsträger – in die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen eingebunden werden.



Absatz 6:

Ich finde diese Vorgaben zur Ausschöpfung von Möglichkeiten zur Entwöhnung zwar grundsätzlich zu begrüßen, stelle mir aber die Frage, welcher ambulante Anbieter diese Vorgaben außer BeatmungWG's erfüllen kann. Jedenfalls Assistenz im Arbeitgebermodell dürfte als Möglichkeit ausfallen



Wir danken Ihnen für die Möglichkeit in diesem Rahmen unsere Positionen darlegen zu können und freuen uns auf eine weitere Einbindung in den Prozess. Gerne stehen wir Ihnen mit unserer Expertise für ein Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Andrea Fabris
Referentin für Gesundheits-
und Sozialpolitik

Gerwin Matysiak
Bundesvorsitzender

So erreichen Sie uns:

Nollendorfplatz (U1,U2, U3 und U4)
 Schillstraße (Bus 100, 106,187 und M29)


Geschäftskonto:

Sparkasse Neckartal-Odenwald
BLZ 674 500 48 – Konto 40 70 751
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51
BIC SOLADES1MOS

Gemeinnützigkeit:

Gemeinnützigkeit
zuerkannt durch das
Finanzamt Öhringen
Steuer-Nr.: 76001/30101



Mitgliedschaften des BSK:

