

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG).

Der Gesetzentwurf umfasst einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Beatmung für betroffene Patienten/innen. Gleichzeitig regelt er u.a., dass beatmete Patienten/innen nicht mehr wie bisher in ihrer Häuslichkeit oder in einer Einrichtung versorgt werden können, sondern vornehmlich in stationären Pflegeeinrichtungen oder Wohneinheiten. Diese Regelung wurde vor dem Hintergrund hoher Kosten im ambulanten Bereich, einer mitunter missbräuchlichen Nutzung dieser Versorgungsform und ungenügend ausgeschöpften Möglichkeiten der Beendigung einer invasiven Beatmung vorgesehen.

Bzgl. der Kosten bestand bisher ein Ungleichgewicht bei der Belastung der Betroffenen. Dieses lässt sich darauf zurückführen, dass die Kosten für die außerklinische Beatmung ambulant versorgter Patienten/innen von der Krankenkasse finanziert werden, während sie bei stationär in Pflegeeinrichtungen versorgten Patienten/innen von der Pflegeversicherung und damit durch einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil auch von den Betroffenen aufzubringen sind. Diese Ungleichbehandlung trägt u.a. bisher zur Fehlversorgung bei und soll nunmehr durch die Rückverlagerung dieser Kosten so stationär versorgter Beatmeter in die Krankenversicherung und durch eine Reduzierung des Eigenanteils beseitigt werden, was der DPR begrüßt. Allerdings führt dies dann zur Ungleichbehandlung zwischen beatmeten und nicht beatmeten Bewohner/innen, da die Finanzierung der Behandlungspflege letzterer in der Pflegeversicherung verbleibt. Hier wäre die Rückverlagerung der Kosten der Behandlungspflege aller stationär versorgter Bewohner/innen in die Krankenversicherung zielführend, was der DPR seit Langem fordert.

Zudem stellt sich hier die Frage, welche Kosten bzw. Versorgung welchen Patienten/innen oder Bewohner/innen zugestanden werden und welche nicht sowie wer darüber entscheidet. Diese Frage ist nicht nur bzgl. beatmeter Patienten/innen oder Bewohner/innen zu stellen, sondern bezieht weitere Patienten/innengruppen mit ein, die eine besonders kostenintensive Versorgung benötigen. Darüber wäre aus Sicht des DPR eine breite gesamtgesellschaftliche Debatte zu führen.

Dass der Missbrauch bei der außerklinischen Beatmung im ambulanten Bereich entschieden unterbunden werden muss, steht außer Frage. Allerdings weist der DPR den Generalverdacht

gegenüber ambulanten, intensivmedizinischen Leistungserbringern zurück. Ein Regelungsbedarf darf aber nicht dazu führen, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ aufgegeben und die Selbstbestimmung und Partizipation der betroffenen Patienten/innen ausgehebelt wird. Der Blick auf Menschen mit einer hohen Querschnittlähmung, insbesondere jüngeren Alters, die in ihrer Häuslichkeit selbstbestimmt leben oder Menschen mit einer Amyotrophen Lateralsklerose (ALS), die u.U. jahrelang mit ihrer Krankheit zu Hause leben bis sie schließlich beatmungspflichtig werden, verdeutlicht, dass die Aufhebung ihres Wahlrechts bzgl. des Ortes an dem sie leben wollen, etwa zusammen mit ihren Familien, tiefe Einschnitt in ihre Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe bedeutet.

Dasselbe gilt für beatmete Menschen, die das 18. Lebensjahr erreichen und dann gezwungen sind, die eigene Häuslichkeit zugunsten einer Einrichtung zu verlassen. Insofern sie weiterhin zu Hause leben wollen, müssen sie den Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen führen, was sehr schwierig sein dürfte und deren Gewährung letztlich im Ermessen der Kassen liegen Wünschenswert wäre hier eine Versorgung, die ärztliche, pflegerische und weitere relevante Experten/innen gemeinsam mit dem/der Patienten/in und Angehörigen aushandeln. Hierbei wären verschiedene Versorgungsformen wünschenswert, die vielfältige und damit für die unterschiedlichen Patienten/innengruppen passende Angebote bereitstellen. Dabei sollten die Potenziale zur Beendigung der Beatmung ebenfalls im Team gemeinsam festgestellt und praktikable Möglichkeiten herausgearbeitet werden. Diese Potenziale auszuschöpfen, begrüßt der DPR.

Allerdings steht zu befürchten, dass nicht genügend Experten/innen aus den Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen und auch das erforderliche vielfältige Versorgungsangebot nicht vorgehalten wird, um beatmete Patienten/innen sachgerecht zu entwöhnen.

Hier wären weitere Überlegungen notwendig um zu klären, was genau gebraucht wird, um beatmete Patienten/innen zu entwöhnen und wie die Ressourcen bereitgestellt werden können. Mit Blick auf eine Entwöhnung, die möglichst frühzeitig durchgeführt werden sollte um erfolgreich zu sein, sind insbesondere Krankenhäuser gefordert, die Potenziale auszuschöpfen. Dazu müsste allerdings die Versorgungssituation wie auch die Finanzierung in den Krankenhäusern entsprechend angepasst werden.

Schließlich muss die Frage gestellt werden, wie beatmete Patienten/innen in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden sollen. Angesichts des Mangels an Pflegefachpersonen, insbesondere entsprechend qualifizierter, und auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit der entsprechenden Expertise, sind hier qualitative Mängel und lebensbedrohliche Situationen zu erwarten, die nicht hinnehmbar sind.

Aus Sicht des DPR bedarf es einer Überarbeitung des Gesetzentwurfes unter Einbeziehung von Fachgesellschaften um das Ziel der Neuregelung, „die Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen und eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten“ - wie im Einleitungstext beschrieben -, zu erreichen.

## **Zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Demenz und psychisch kranke Menschen**

Der DPR sieht einen dringenden Verbesserungsbedarf zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit psychischer Erkrankung und besonders für Menschen mit Demenz. Derzeit gibt es kein adäquates und flächendeckendes Angebot für psychisch kranke Menschen, medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Menschen mit Demenz werden sogar oft von Maßnahmen ausgeschlossen, da ihnen mit einem veralteten Rehabilitationsbegriff die Rehabilitationsfähigkeit abgesprochen wird. Der DPR sieht hier einen dringenden Handlungsbedarf und fordert vor diesem Hintergrund, die Rehabilitationsindikation für Menschen mit Demenz und Menschen mit psychiatrischer Erkrankung erneut zu prüfen und entsprechend anzupassen, um den Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu verbessern sowie ein flächendeckendes Angebot zu schaffen. Es gilt in diesem Zusammenhang, das ursprüngliche Verständnis von Rehabilitation im Sinne einer Heilung zu hinterfragen und zu ersetzen durch eine moderne Auffassung im Sinne einer Stabilisierung und Stärkung der noch vorhandenen Alltagskompetenzen. Ziel ist die Beibehaltung einer größtmöglichen Autonomie und Selbstständigkeit, um das Leben in der eigenen Häuslichkeit und die Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen. Den gesetzlichen Auftrag, Rücksicht auf die besonderen Anforderungen psychisch kranker Menschen in der medizinischen Rehabilitation zu nehmen, gilt es zu berücksichtigen und er muss unbedingt umgesetzt werden. Im § 27 SGB V steht folgendes geschrieben:

„Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.“

Die besonderen Anforderungen bei Menschen mit Demenz müssen in diesem Zusammenhang mitdiskutiert werden.

Diese gesetzliche Vorgabe heißt es einzuhalten. Die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen und von Menschen mit Demenz werden in der gegenwärtigen Versorgungslandschaft nicht oder nur minimal erfüllt. Mit Hilfe einer medizinischen Rehabilitation könnte eine Verbesserung der vorhandenen Fähigkeitsstörungen erreicht und die damit verbundenen Teilhabebeeinträchtigungen am sozialen Leben minimiert werden. In diesem Sinne sollte der § 40 SGB V erweitert werden und gesondert auf den Anspruch medizinischer Rehabilitation für psychisch kranke Menschen eingehen. Gekoppelt werden sollte diese Anpassung mit einer Erweiterung des § 42 im SGB IX, um damit eine wesentliche Verbesserung für psychisch kranke Menschen und Menschen mit Demenz zu bewirken. Hier wäre eine Ergänzung des Anspruchs auf psychiatrische Rehabilitation sinnvoll. Die Ausweitung der psychiatrischen Rehabilitation sollte dabei grundsätzlich die Anforderungen einer gemeindepsychiatrischen Versorgung erfüllen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

## **Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nummer 2**

#### § 37 c

##### Absatz 1

Absatz 1 regelt u.a. dass bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bestimmen.

#### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt, dass das Entwöhnungspotenzial beatmeter Patienten/innen erhoben werden soll. Zu ergänzen wäre, dass dieses Potenzial gemeinsam von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und anderen relevanten Experten/innen zu ermitteln ist, weil es nur bestimmt werden kann, wenn alle relevanten Beobachtungen und Einschätzungen der Situation des/der Patienten/in ausgewertet und zusammengeführt werden.

Allerdings ist die Einschätzung des Entwöhnungspotenzials nicht mit der Umsetzung gleichzusetzen. Eine Entwöhnung ist mitunter ein langwieriger Prozess mit Rückschlägen, neuer Zielsetzung und wiederholten Versuchen. Ein Scheitern der Entwöhnung bei positiver Einschätzung des Entwöhnungspotenzials darf nicht dazu führen, dass eine außerklinische Intensivpflege nicht verordnet werden kann.

Darüber hinaus wäre eine gesetzlich geregelte Nachbetreuung zwischen Rehabilitationseinrichtungen, Weaningzentren, Krankenhäusern und dem außerklinischen Intensivpflegedienst zu überdenken. Ggf. wäre ein Prämiensystem für sämtliche Formen der Beatmungsentwöhnung hilfreich, um die eventuell bestehenden Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten in der außerklinischen Intensivpflege zu beseitigen.

Positiv bewertet der DPR, dass der G-BA Näheres zu den Leistungen, der Qualifikation und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer bestimmt.

#### *Änderungsvorschlag*

Daher schlägt der DPR folgende Ergänzung des Satz 3 vor:

Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung **durch die beteiligten Gesundheitsfachberufe** zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. **Beim**

## ***Scheitern der Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung muss eine Neubewertung des Potenzials erfolgen.***

### **Absatz 2**

Der Absatz regelt, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen oder in einer Wohneinheit besteht und nur dann in der eigenen Häuslichkeit, wenn die Unterbringung im Heim nicht möglich oder zumutbar ist. Ausgenommen von dieser Regelung sind Kinder unter 18 Jahren.

### ***Stellungnahme***

Diese Regelung schränkt die Selbstbestimmung und Partizipation betroffener Patienten/innen erheblich ein und untergräbt den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Unklar bleibt zudem, worauf sich die Unzumutbarkeit bezieht und wie Betroffene bzw. ihre Angehörigen den Nachweis der Unzumutbarkeit führen sollen. Auch handelt es sich dabei um eine „kann-Regelung“, sodass für die Kassen keine Verpflichtung besteht, dem Nachweis der Unzumutbarkeit Folge zu leisten. Zudem sind Zumutbarkeitsprüfungen im Recht der Sozialversicherung unüblich.

Mit welcher Begründung junge Menschen nach Erreichen des 18. Lebensjahres ihr Leben in der eigenen Häuslichkeit verlassen müssen, erschließt sich nicht.

Auch ist nicht nachvollziehbar, wie die Versorgung in stationären Pflegeheimen sichergestellt werden soll. Hier fehlt es generell an Personal und im Speziellen an ärztlichen und pflegerischen Experten/innen, die beatmungspflichtige Patienten/innen versorgen können. Hier wären eine erhebliche Aufstockung mit Pflegefachpersonen und andere, angemessene Versorgungsverträge mit fachlich versierten Ärztinnen und Ärzten erforderlich, die im niedergelassenen Bereich vermutlich schwer zu finden sind. Zwar wird im § 132i SGB V geregelt, dass Rahmenverträge inklusive dem erforderlichen Personalbedarf geschlossen werden sollen, was grundsätzlich positiv zu bewerten ist. Allerdings wird der Personalbedarf im SGB XI Bereich derzeit auf Landes- bzw. lokaler Ebene zwischen den Kassen und Leistungserbringern ausgehandelt. Es ist nicht sichergestellt, dass die in den Rahmenverträgen vorgegebenen Personalschlüssel bei diesen Verhandlungen auch tatsächlich umgesetzt werden. Dies wäre jedoch eine entscheidende Grundvoraussetzung für die zukünftige Unterbringung von Intensivpatienten/innen in stationären Pflegeeinrichtungen.

Aus den genannten Gründen lehnt der DPR diese Regelung ab.

### **Nummer 3 a)**

#### **§ 39, Absatz 1a, neuer Satz 7**

Der Satz regelt, dass das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus umfasst.

### *Stellungnahme*

Um eine angemessene sektorenübergreifende Versorgung von Patienten/innen zu gewährleisten, insbesondere solche mit Beatmung, bedarf es im Rahmen des Entlassmanagements einer Auswahl der am besten geeigneten Institutionen, um das jeweils vereinbarte Ziel der weiteren Versorgung zu gewährleisten. Daher begrüßt der DPR, dass dabei auch eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus möglich ist.

Allerdings besteht beim Entlassmanagement beatmeter Patienten/innen Verbesserungspotenzial. In Einrichtungen, in denen die außerklinische Beatmung stattfindet, sind keine Ärztinnen und Ärzte vor Ort. Pflegefachpersonen ambulanter Intensivpflegedienste, Wohngemeinschaften oder stationärer Pflegeeinrichtungen dürfen die Beatmungsparameter nicht selbst einstellen und über Spontanatemzeiten zur Reduzierung und Entwöhnung vom Beatmungsgerät entscheiden, da dies Pulmologen/innen, Intensivmedizinern/innen und Atemtherapeuten/innen vorbehalten ist. Letztere sind in der Regel nicht an Hausbesuchen oder Kooperationen interessiert, weil ihr Hauptsitz meist ein Krankenhaus oder Weaningzentrum ist. Zudem werden Patienten/innen, die für eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung in Frage kommen, häufig von Krankenhäusern oder Weaningzentren aufgrund ihres hohen Alters und mehrerer Diagnosen (Multimorbidität) abgelehnt. Ein Lösungsansatz wäre, dass Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus / der Rehabilitationseinrichtung / des Weaningzentrums die Nachversorgung des Beatmeten im Zeitraum von zwei bis vier Wochen nach der Entlassung in die Häuslichkeit übernehmen. Zudem müssen die Weaningzentren die Patienten/innen zur erneuten Überprüfung oder Anpassung der Beatmungsparameter aufnehmen oder Hausbesuche durchführen.

Weiterhin benötigen Intensivpflegedienste Hilfsmittel zur Überwachung der Vitalparameter (z.B. Sauerstoffsättigungsmessgeräte, Hustenassistenten etc.). Ohne diese Hilfsmittel ist eine Entwöhnung oder Dekanülierung nicht möglich. Ambulante Intensivpflege benötigen in diesem wichtigen Punkt Unterstützung von den Krankenkassen.

### **Nummer 4**

b) aa) § 40, Absatz 3

In dem Absatz wird u.a. geregelt, dass die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation von der Krankenkasse nicht überprüft wird, wenn die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente erfolgte.

### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie die Versorgungspraxis vereinfacht und beschleunigt. Es sollte allerdings geregelt werden, dass die Patienten/innen und der Vertragsarzt/die Vertragsärztin Einsicht in das Gutachten des MDK erhalten, wenn ein solches Gutachten zur Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit erstellt wird.

b) bb) § 40, Absatz 3, neuer Satz 6

In dem Absatz wird u.a. geregelt, dass Leistungen der geriatrischen Rehabilitation in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden sollen.

#### *Stellungnahme*

Die pauschale Festlegung der geriatrischen Rehabilitationsdauer ist aus Sicht des DPR nicht sinnvoll. Die Dauer sollte vielmehr vom Rehabilitationsbedarf mit Blick auf das vereinbarte Rehabilitationsziel abhängig gemacht werden. Wenn es aus Zeit- oder Geldmangel nicht möglich ist ein Rehabilitationsziel zu erreichen, das in Zusammenarbeit aller beteiligten Gesundheitsfachberufe, dem/der Betroffenen und den Angehörigen festgelegt wurde, insbesondere mit Blick auf die angestrebte dauerhafte Versorgung, ist der Sinn einer Rehabilitationsmaßnahme grundsätzlich in Frage zu stellen.

#### **Nummer 8**

§ 111, Absatz 5

In dem Absatz wird u.a. geregelt, dass die Bezahlung in Rehabilitationseinrichtungen tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

#### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt diese Regelung in diesem Absatz wie auch in § 111c, Absatz 3, weil sie eine tarifvertragliche Vergütung ermöglicht. Der Nachweis über diese Zahlung sollte grundsätzlich gesetzlich festgeschrieben werden.

#### **Nummer 14**

§ 132i Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Absätze 1 und 2

In diesen Absätzen wird geregelt, dass bis 2020 Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vereinbart werden sollen, die u.a. den Pflegepersonalbedarf umfassen.

#### *Stellungnahme*

Der DPR begrüßt, dass es nunmehr Rahmenempfehlungen für die außerklinische Intensivpflege geben soll. Qualitätsprobleme, die bei den Intensivwohngemeinschaften aufgetreten sind, müssen korrigiert sowie durch Qualitätsstandards und -vorgaben, die bundesweit einheitlich zu gestalten sind, gelöst werden.

Absatz 5 Nummer 1

In diesem Absatz werden Grundlagen für die sog. Wohneinheiten dargestellt.

### *Stellungnahme*

Aus rechtlicher Sicht ist die Begrifflichkeit der „Wohneinheit“ nicht eindeutig definiert. Entsprechend kann angenommen werden, dass Wohneinheiten mit Wohngemeinschaft gleichzusetzen sind. Allerdings ist der Begriff der „Wohngemeinschaft“ wiederum in den landesrechtlichen „Heimgesetzen“ definiert. Eine bundeseinheitliche Definition wäre hier hilfreich.

Berlin, 06. September 2019

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)