

Stellungnahme der Fachverbände zum Referentenentwurf der Bundesregierung:

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

Berlin, den 05.09.2019

Die fünf Fachverbände für Menschen mit Behinderung repräsentieren ca. 90 % der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in Deutschland.

Ethisches Fundament der Zusammenarbeit ist das gemeinsame Bekenntnis zur Menschenwürde sowie zum Recht auf Selbstbestimmung und auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft.

Die Fachverbände verbindet eine Vielzahl von Interessen und Zielsetzungen, die sie miteinander verfolgen. Dabei bewahren sie aber stets ihre jeweils spezifische Eigenständigkeit.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung sehen ihre zentrale Aufgabe in der Wahrung der Rechte und Interessen von Menschen mit



**Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**

Reinhardtstraße 13
10117 Berlin
Telefon 030 284447-822
Telefax 030 284447-828
cbp@caritas.de



Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-204
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



**Bundesverband anthroposophisches
Sozialwesen e.V.**

Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 06035 81-190
Telefax 06035 81-217
bundesverband@anthropoi.de



**Bundesverband evangelische
Behindertenhilfe e.V.**

Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Telefon 030 83001-270
Telefax 030 83001-275
info@beb-ev.de



**Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen e.V.**

Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Telefax 0211 64004-20
info@bvkm.de

geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in einer sich immerfort wandelnden Gesellschaft.

I. Vorbemerkung

Die Fachverbände bedanken sich für die Möglichkeit, im Rahmen des oben genannten Gesetzgebungsvorhabens Stellung zu nehmen.

Der vorliegende Referentenentwurf dient unter anderem dazu, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu stärken und die außerklinische Intensivpflege neu zu regeln.

Die Fachverbände begrüßen das erstgenannte Regelungsziel und einige der vorgesehenen Bestimmungen, wie die Abkoppelung der Entgeltentwicklung von der Grundlohnsumme und die Erleichterung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation, sehen aber noch Überarbeitungs- und weiteren Regelungsbedarf. Insbesondere sollte auch der Zugang von anderen Personengruppen mit vergleichbar dringendem Rehabilitationsbedarf vereinfacht werden. Außerdem sollten die Neuregelungen sich gleichermaßen im SGB IX wiederfinden, um die Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts zu wahren. Das Rehabilitationsrecht des SGB V muss mit dem Rehabilitationsrecht des SGB IX kompatibel sein.

Auch das gesetzgeberische Ziel, Fehlversorgung aufgrund von Fehlanreizen bei der außerklinischen Intensivpflege zu beseitigen sowie die Beatmungsentwöhnung zu verbessern, wird grundsätzlich begrüßt. Die vorgesehenen Maßnahmen zur Umsetzung bedürfen jedoch der Überarbeitung. Insbesondere die Bestimmung, nach der Intensivpflege regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen bzw. in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht werden muss, ist nicht hinnehmbar und darf im Interesse der leistungsberechtigten Menschen nicht Gesetz werden.

Sollte diese Art der Pflege künftig nur noch im Pflegeheim stattfinden, hieße das für Betroffene, dass sie aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen und zum Umzug in eine stationäre Einrichtung gezwungen würden. Dies stellt eine gravierende Verletzung ihres Wunsch- und Wahlrechts (§ 33 S. 2 SGB I) und ihres Selbstbestimmungsrechts (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) dar.

Darüber hinaus verstieße eine solche Regelung gegen den in § 3 SGB XI normierten Grundsatz „ambulant vor stationär“, der auch im Krankenversicherungsrecht gilt (vgl. z. B. §§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V; 40 Abs. 2 S. 1 SGB V). Schließlich stünde sie im Widerspruch zu Art. 19 a) UN-BRK. Nach dieser Vorschrift haben Menschen mit Behinderung gleichberechtigt die Möglichkeit, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben.

In diesem Sinne fordern die Fachverbände für Menschen mit Behinderung eindringlich, dass sich Versicherte auch weiterhin gleichermaßen für die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder an sonst einem „geeigneten Ort“ i. S. d. § 37 SGB V entscheiden können. Die Rechte der betroffenen Patient*innen müssen unbedingt gewahrt bleiben. Qualitätsdefizite in der Versorgung muss durch eine bessere Regulierung und Kontrolle der Leistungserbringung entgegengewirkt werden.

II. Stellungnahme im Einzelnen

1. Ausschluss vom Anspruch auf häusliche Krankenpflege (Artikel 1, Nr. 1)

Der Referentenentwurf sieht in § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V n. F. vor, dass Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege künftig grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf häusliche Krankenpflege haben sollen. Stattdessen soll dieser Personenkreis außerklinische Intensivpflege erhalten. Diese ist in der Regel in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Intensivpflege-Wohneinheiten zu erbringen. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei Versicherten bis zum 18. Lebensjahr, soll die außerklinische Intensivpflege im Haushalt oder der Familie des Versicherten erbracht werden dürfen.

Im Ergebnis sollen damit erwachsene schwerstpflegebedürftige Menschen von Versicherungsleistungen am von ihnen gewählten Lebensort ausgeschlossen und gezwungen werden, in einem Pflegeheim zu leben. Dieser Ausschluss verstößt gegen Art. 19 UN-BRK, das Selbstbestimmungsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG und gegen das Recht auf Selbstbestimmung und umfassende Teilhabe nach § 1 SGB IX.

Die Fachverbände weisen darauf hin, dass die Regelung erhebliche Auswirkungen hat, da von diesem Ausschluss ein weit größerer Personenkreis betroffen ist, als die Gruppe der Beatmungspatient*innen, die der Gesetzgeber bei der Entwicklung des Referentenentwurfs wohl vornehmlich im Blick hatte. So kann intensivpflegerischer Bedarf beispielsweise auch bei Menschen mit inoperablen gravierenden Herzfehlern, nicht medikamentös einstellbaren epileptischen Anfällen oder Querschnittlähmungen vorliegen. Es handelt sich somit um eine sehr heterogene Gruppe mit sehr differenziert zu betrachtenden Bedarfen, die weit über die Gruppe der Menschen mit einer pneumologischen Indikation hinausgeht.

Entscheidend ist die auch bisher schon geltende Bestimmung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur häuslichen Krankenpflege in § 1 Abs. 6. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt demnach vor,

„wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer

Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.“

Die Fachverbände fordern, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege für alle Versicherten, also auch für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, unbedingt erhalten bleiben muss. Gleichwohl ist anzuerkennen, dass die außerklinische Intensivpflege in Bezug auf einheitliche Qualitätsvorgaben und Standards für Leistungserbringer besonderer Regelungen bedarf. § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V sollte deshalb wie folgt gefasst werden:

*(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. **Für Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, gilt ergänzend § 37c SGB V. (...)***

In der Begründung sollte außerdem klargestellt werden, dass die Übernahme von Pflegeanteilen durch Angehörige der Anerkennung eines intensivpflegerischen Bedarfes nicht entgegensteht. Nicht selten übernehmen Angehörige zumindest zeitweise Teile der pflegerischen Betreuung, wenn sie umfassend eingewiesen sind, die gesundheitliche Situation stabil ist und sie die Bedarfe des Angehörigen sehr gut kennen und mit ihnen vertraut sind. Es muss in dieser Konstellation gewährleistet sein, dass dennoch ein intensivpflegerischer Bedarf anerkannt wird.

2. Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege

a) Verordnung durch besonders qualifizierten Vertragsarzt *(Artikel 1, Nr. 2)*

Der Referentenentwurf sieht in **§ 37c Abs. 1 n. F.** vor, dass die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege künftig nur noch durch Vertragsärzt*innen erfolgen darf, die für die Versorgung von Intensivpflegepatient*innen besonders qualifiziert sind. In der Begründung zu dieser Neuregelung wird ausgeführt, dass eine

entsprechende Qualifikation insbesondere bei Fachärzt*innen für innere Medizin, für (pädiatrische) Pneumologie oder für Lungenheilkunde vorliege.

Dies stellt eine Engführung gegenüber der derzeitigen Praxis dar. Momentan wird häusliche Krankenpflege in Form der Intensivpflege häufig auch durch Neurolog*innen, Ärzt*innen für physikalische und rehabilitative Medizin, die in der Frührehabilitation tätig sind, Anästhesist*innen und Hausärzt*innen verordnet. Die Berücksichtigung dieser Fachgruppen sollte erhalten bleiben. Sie ist zum einen wichtig, um der jeweils zugrunde liegenden Erkrankung Rechnung zu tragen. Intensivpflegepatient*innen sind nicht nur Beatmungspatient*innen (siehe Ausführungen unter II 1.). Zum anderen wird hierdurch sichergestellt, dass überhaupt ausreichend Ärzt*innen für die Beurteilung der Entwöhnungsoptionen und die Verordnung von Intensivpflege zur Verfügung stehen.

Die Fachverbände fordern daher, dass in der Begründung zu § 37c Abs. 1 n. F. keine Engführung auf bestimmte Fachärzt*innen erfolgt, sondern darauf hingewiesen wird, dass eine Verordnung auch durch andere Facharztgruppen und sogar durch Hausärzt*innen erfolgen kann, sofern diese über Erfahrung in der Betreuung von Intensivpflegepatient*innen verfügen. Entsprechende Qualifikationsanforderungen könnten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss formuliert werden.

b) Kein Vorrang von Intensivpflege im Pflegeheim

Der Referentenentwurf sieht in § 37c Abs. 2 SGB V n. F. vor, dass die außerklinische Intensivpflege in der Regel nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Intensivpflege-Wohngemeinschaften durchgeführt werden darf. Lediglich in besonderen Ausnahmefällen besteht weiterhin ein Anspruch auf Versorgung durch einen Pflegedienst in der eigenen Häuslichkeit, in der Familie oder an sonst einem geeigneten Ort.

Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf müssen damit in der Regel in die entsprechenden Einrichtungen umziehen. Dies stellt eine gravierende Verletzung ihres Wunsch- und Wahlrechts (§ 33 S. 2 SGB I) und ihres Selbstbestimmungsrechts (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) dar. Darüber hinaus verstieße eine solche Regelung gegen den in § 3 SGB XI normierten Grundsatz „ambulant vor stationär“, der auch im Krankenversicherungsrecht gilt (vgl. z. B. §§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V; 40 Abs. 2 S. 1 SGB V). Schließlich stünde sie im Widerspruch zu Art. 19 a) UN-BRK.

Dabei muss insbesondere berücksichtigt werden, dass Menschen, die einer intensivpflegerischen Versorgung bedürfen, in der Regel zugleich auch Menschen mit Behinderungen i. S. d. § 2 SGB IX sind. Sie haben ein Recht auf selbstbestimmte Teilhabe (vgl. § 1 SGB IX). Ihre besonderen Bedarfe sind bei der Krankenbehandlung zu berücksichtigen (vgl. § 2a SGB V und § 43 SGB IX). Es stellt sich die Frage, wie diesen Belangen in einem Pflegeheim Rechnung getragen werden kann. Derzeit gibt es beispielsweise zahlreiche Menschen mit Beatmung, die durch eine gute pflegerische Versorgung zu Hause und mithilfe von Assistenzmodellen ein selbstbestimmtes Leben mit Ausbildung, Berufstätigkeit und sozialem Engagement führen.

Auch intensivpflegebedürftige Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die in der eigenen Häuslichkeit oder in einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe leben und eine Förderstätte besuchen, haben in diesem Setting weit mehr Möglichkeiten am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben, als es in einem Pflegeheim der Fall wäre. Sie haben Umgang mit verschiedenen Altersgruppen, können mit Unterstützung von Hilfsmitteln einfache Arbeitsschritte verrichten und mit den häufig seit langem bekannten Erziehern und Therapeuten auf ihre Art kommunizieren. Dies wäre nicht mehr möglich, wenn sie künftig in einer - allein auf Pflege fokussierten - Pflegeeinrichtung, die in der Regel eher auf ältere Menschen ausgerichtet ist, leben müssten.

Der Referentenentwurf enthält keine Hinweise darauf, dass dem Recht auf Teilhabe von Menschen mit Behinderung auch bei der Unterbringung in einem Pflegeheim durch diesbezügliche Vorgaben für die Leistungserbringung und Qualitätskriterien einschließlich der Sicherstellung des Bezugs von Leistungen zur Teilhabe entsprochen wird.

Neben dem Aspekt der fehlenden Teilhabemöglichkeiten in einem Pflegeheim muss außerdem berücksichtigt werden, dass das Pflegepersonal in einer stationären Einrichtung im Gegensatz zu dem persönlichen Umfeld des Menschen mit Behinderung nicht dessen individuelle, biographische und ggf. behinderungsbedingte Besonderheiten kennt und diesen dementsprechend schlechter Rechnung tragen kann. In der Regel haben Menschen mit Intensivpflegebedarf auch Schwierigkeiten in der Kommunikation und können fremden Personen ihre Bedürfnisse schwer verständlich machen. Dies gilt erst recht bei Menschen mit vorbestehender geistiger Behinderung, die ihre Situation nur schwer einschätzen und sich daher schlecht in einer durch Intensivpflege geprägten Umgebung orientieren können. Der Umzug aus der häuslichen Umgebung in eine stationäre Pflegeeinrichtung führt somit nicht

zwangsläufig zu einer besseren, sondern häufig sogar zu einer schlechteren Versorgung des betroffenen Personenkreises und gefährdet ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die in vertrauter eigener Häuslichkeit mit langfristig vertrauten Menschen in der Regel deutlich leichter möglich ist.

Die Fachverbände fordern daher mit Nachdruck, dass bei einem intensivpflegerischen Bedarf nicht die Versorgung im Pflegeheim oder in einer Intensivpflege-Wohngemeinschaft i. S. d. § 132i Abs. 5 SGB V n. F. den Vorrang genießt, sondern dass sich Versicherte auch weiterhin gleichermaßen für die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder an sonst einem „geeigneten Ort“ i. S. d. § 37 Abs. SGB V entscheiden können (vgl. hierzu auch die Ausführungen unter II 1.). Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten sollte an dieser Stelle nicht eingeschränkt, sondern stattdessen gestärkt werden.

Außerdem muss in diesem Zusammenhang zwingend notwendig sichergestellt werden, dass erwachsene Menschen mit Behinderung, die einen intensivpflegerischen Bedarf haben und in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI leben, dort auch weiterhin die für sie erforderliche Behandlungspflege erhalten.

Nach der derzeitigen Rechtslage ist diese Versorgung durch den zum 01.01.2017 aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes (PSG) III eingeführten § 37 Abs. 2 Satz 8 SGB V gewährleistet. Nach dieser Vorschrift erhalten sowohl minderjährige als auch volljährige Versicherte in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI Leistungen der häuslichen Krankenpflege, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Aufgrund des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wird es ab dem 01.01.2020 die bisherigen „stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI“ nur noch für die Versorgung von minderjährigen Menschen mit Behinderung geben.

Bei der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderung kommt es dagegen durch das BTHG zu einem grundlegenden Systemwechsel. „Stationäre Einrichtungen“ wird es ab diesem Zeitpunkt für diesen Personenkreis nicht mehr geben. Im Recht der Eingliederungshilfe werden diese Wohnformen künftig „besondere Wohnformen“ oder auch „gemeinschaftliche Wohnformen“ genannt. Im Recht der Pflegeversicherung soll für diese Wohnformen alles beim Alten bleiben.

Das heißt, die dort erbrachte Pflege wird weiterhin nach § 43a SGB XI mit einem monatlichen Pauschalbetrag von 266 Euro abgegolten. Das SGB XI bezeichnet diese Wohnformen künftig als „Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI“.

Der Anwendungsbereich des § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V würde sich daher, sofern der Wortlaut der Vorschrift nicht angepasst wird, auf den Personenkreis der minderjährigen Menschen mit Behinderung beschränken.

Um die bisherige Rechtswirkung des § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V aufrechtzuerhalten und sicherzustellen, dass auch erwachsene Menschen mit Behinderung - ebenso wie minderjährige Menschen mit Behinderung – Intensivpflege in den besagten Wohnformen erhalten, fordern die Fachverbände § 37c Abs. 2 SGB V wie folgt zu fassen:

(2) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht neben den in § 37 Absatz 2 Satz 1 genannten Orten auch in

- 1. vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,*
- 2. einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1,*
- 3. vollstationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches oder*
- 4. Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches.*

Die folgenden Sätze zwei bis vier des § 37c Abs. 2 SGB V n. F., nach denen die Intensivpflege ausnahmsweise in der eigenen Häuslichkeit erfolgen kann, sind zu streichen, da nach der von den Fachverbänden favorisierten Lösung § 37c SGB V nur eine Ergänzung des Anspruchs aus § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V sein und den derzeitigen Anspruch auf Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V nicht ersetzen soll.

Sollte die von den Fachverbänden vorgeschlagene Fassung des § 37c Abs. 2 SGB V übernommen werden, könnte § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2020 gestrichen werden. Die dort getroffene Regelung wäre auch systematisch in § 37c Abs. 2 SGB V sinnvoller verortet.

Sollte der Gesetzgeber dem Vorschlag der Fachverbände zur Neufassung des § 37c Abs. 2 SGB V nicht folgen, wird alternativ vorgeschlagen, den Wortlaut von § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V anzupassen, um die bisherigen Rechtswirkungen der Vorschrift auch unter der ab dem 01.01.2020 geltenden Fassung des

§ 43a S. 3 SGB XI aufrechtzuerhalten. Dementsprechend schlagen die Fachverbände hilfsweise vor, § 37 Abs. 2 S. 8 SGB V ab dem 01.01.2020 wie folgt zu fassen:

Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches sowie in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

- c) **Kostenbelastung durch Versorgung im Pflegeheim muss vollständig vermieden werden**
(Artikel 1, Nr. 2)

Die intensivpflegerische Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung soll - laut Begründung des Referentenentwurfs - nicht mit finanziellen Mehrbelastungen für Versicherte verbunden sein. Insofern ordnet **§ 37c Abs. 3 SGB V n. F.** an, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, für medizinische Behandlungspflege und die notwendigen Investitionskosten umfasst. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in der vollstationären Einrichtung werden demgegenüber nur übernommen, wenn die Krankenkassen dies in ihren Satzungen vorgesehen haben.

Angesichts des gesetzgeberischen Ziels, eine Kostenmehrbelastung der Versicherten zu vermeiden, ist diese Wahlmöglichkeit der Krankenkassen hinsichtlich einer Kostenübernahme der Unterkufts- und Verpflegungskosten inkonsequent. Sieht die Satzung der jeweiligen Krankenkasse die Kostenübernahme nicht vor, bedeutet dies für Versicherte eine Mehrbelastung, wenn sie - statt zu Hause - in einem Pflegeheim versorgt werden. Sie müssen neben den weiterlaufenden Kosten für ihre normale Unterkunft die zusätzlichen Kosten der Unterbringung im Pflegeheim tragen.

Die Fachverbände fordern daher, dass im Falle einer vollstationären Versorgung in einem Pflegeheim auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernommen werden und den Krankenkassen diesbezüglich keine Wahlmöglichkeit eingeräumt wird.

d) Fehlversorgung durch mehr Vorgaben und Qualitätskontrollen im Leistungserbringungsrecht verhindern

(Artikel 1, Nr. 14)

Der Referentenentwurf sieht in § 132i SGB V n. F. vor, dass der GKV-Spitzenverband mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer im Pflegebereich bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abgeben soll. Diese haben insbesondere Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung, zum Personalschlüssel, zur Sicherstellung der Umsetzung von Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung (s. Begründung auf S. 29 des Referentenentwurfs) und zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern zu beinhalten.

Die Fachverbände begrüßen dies als Schritt in die richtige Richtung, um die Qualität der intensivpflegerischen Versorgung zu verbessern. Gerade bei der ambulanten Intensivpflege von Beatmungspatient*innen kam es in der Vergangenheit zu Fehlversorgungen auf Grund von Fehlanreizen in der Leistungserbringung. Insofern ist es sinnvoll, die notwendige Qualität der Intensivpflege durch eine bessere Regulierung der Leistungserbringung zu sichern.

Aus Sicht der Fachverbände sollten die Leistungserbringer, also stationäre Pflegeeinrichtungen und Intensivpflege-WGs, in diesem Zusammenhang auch verpflichtet werden, sicherzustellen, dass bei entsprechendem Bedarf ggf. auch Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX, wie zum Beispiel mobile Reha, beantragt und erbracht werden können.

Es soll an dieser Stelle außerdem noch darauf hingewiesen werden, dass es für Leistungserbringer teilweise äußerst schwierig ist, im ambulanten Sektor Kooperationsvereinbarungen mit Ärzt*innen und Therapeut*innen abzuschließen, um die ärztliche und therapeutische Versorgung sicherzustellen. Hier bedarf es verlässlicher und praktikabler Lösungen.

e) **Fehlversorgung durch Ausschöpfen von Entwöhnungspotentialen verhindern**

(Artikel 1, Nr. 3a; 12a)

Auch die vorgesehenen Maßnahmen zur Unterstützung einer Beatmungsentwöhnung, sofern möglich und zielführend¹, sind ein Schritt in die richtige Richtung.

Hervorzuheben ist hier insbesondere, dass Krankenhäuser laut der Begründung zu **§ 39 Abs. 1a SGB V n. F.** nun eine voreilige Überführung von Beatmungspatient*innen in die außerklinische Intensivpflege verhindern sollen, indem im Rahmen des Entlassmanagements zuvor der Versuch der Beatmungsentwöhnung durch spezialisierte Fachärzte unternommen wird (vgl. § 39 Abs.1a S. 6 SGB V n. F.). Allerdings erschließt sich dieser Auftrag nicht unmittelbar aus dem neuen Gesetzeswortlaut von § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V n. F., sondern nur im Zusammenhang mit der entsprechenden Begründung im Referentenentwurf.

Die Fachverbände fordern insofern eine ausdrücklichere Formulierung direkt im Gesetzestext. Außerdem sollte klargestellt werden, dass eine Beatmungsentwöhnung immer durch den Patientenwillen gedeckt sein muss und nie aus Wirtschaftlichkeitsinteressen durchgeführt werden darf.

Schließlich ist an dieser Stelle noch darauf hinzuweisen, dass eine Regelung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V nicht weit genug reicht, sie erfasst im Wesentlichen nur die Aufgaben des Krankenhauses beim Übergang der Patient*innen in einen anderen Versorgungsbereich. Aus Sicht der Fachverbände wären zusätzliche Regelungen im Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V notwendig, da bei der Sicherung der Weiterversorgung und der Feststellung des Entwöhnungspotentials auch Teilhabebedarfe zu berücksichtigen sind.

Auch die vorgesehene Änderung des **§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F.** wird begrüßt. Danach sollen die Vertragsparteien auf Landesebene in den Verträgen über die Krankenhausbehandlung vorsehen, dass der Beatmungstatus von Beatmungspatient*innen vor ihrer Entlassung durch einen hierfür qualifizierten Facharzt festgestellt wird. Laut Begründung soll mit dieser Bestimmung sichergestellt

¹ Menschen mit bestimmten chronischen degenerativen Erkrankungen, wie z. B. Muskeldystrophien, verhilft die Beatmung zu Hause erst zu einem selbstbestimmteren normalisierten Leben. Eine Beatmungsentwöhnung ist bei diesem Krankheitsbild kaum möglich und nicht zielführend.

werden, dass Entwöhnungspotentiale ausgeschöpft werden, dies ergibt sich aber ebenfalls nicht unmittelbar aus dem Gesetzestext.

Aus Sicht der Fachverbände sollte sich der Zweck der Vorschrift aber auch hier noch klarer aus dem Gesetzeswortlaut ergeben und nicht nur aus der Begründung. Dabei ist in die Formulierung aufzunehmen, dass eine bloße Feststellung im Einzelfall gegebenenfalls erst dann möglich sein kann, wenn eine Erprobung der Beatmungsentwöhnung stattgefunden hat. Es wird daher der folgende Wortlaut des § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F. vorgeschlagen:

...dabei ist auch vorzusehen, dass vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungszustandes einschließlich einer Erprobung der Beatmungsentwöhnung erfolgt und vorhandene Entwöhnungspotentiale voll ausgeschöpft werden, sofern dies dem Patientenwillen entspricht.

Außerdem sollte in der Begründung zu dieser Vorschrift klargestellt werden, dass die Entwöhnungsbehandlung nicht nur in spezialisierten Entwöhnungszentren erfolgen kann, sondern dass hierfür alle Einrichtungen in Betracht kommen, die eine entsprechende Qualifikation aufweisen. Schon seit vielen Jahren werden solche Leistungen im Rahmen des § 39 Abs. 1 SGB V als Frührehabilitation oder als Phase B oder C der Neurologischen Rehabilitation in Krankenhäusern (Phase B) oder in entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen (Phase C) erbracht. Anders als in vorrangig auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierten Zentren², kann beim Weaning in diesen Settings gleichzeitig ein bestehender Rehabilitationsbedarf der Patient*innen berücksichtigt werden. Wo die Beatmungsentwöhnung stattfindet, sollte sich somit nach den im Einzelfall ermittelten weiteren Reha- und Behandlungsbedarfen der Betroffenen richten. Die Konzentration allein auf das Weaning greift zu kurz. Insbesondere darf sie nicht dazu führen, dass der unbestrittene Mangel an Frührehabilitationsplätzen kompensiert wird, indem Patient*innen in Weaningzentren verlegt werden. Vielmehr sind die notwendigen Kapazitäten für die Frührehabilitation sowie die intensivmedizinische Rehabilitation bedarfsgerecht zu schaffen.

² Auch in diesen Zentren sollte natürlich eine Berücksichtigung von Teilhabebedarfen gewährleistet sein.

3. Änderungen bei der medizinischen Rehabilitation

(Artikel 1, Nr. 4)

a) Systematische Stellung der Neuregelungen zur medizinischen Rehabilitation

Um die Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts zu wahren, sollte sichergestellt werden, dass die im SGB V getroffenen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Rehabilitationsrecht des SGB IX kompatibel sind und nicht im Widerspruch zu dem leistungsträgerübergreifenden Teilhaberecht des SGB IX stehen. Insofern sollte bereits in der Problem- und Zielbeschreibung des Referentenentwurfs darauf geachtet werden, dass die Definition der medizinischen Rehabilitation nicht verkürzt dargestellt wird. Dort heißt es derzeit im zweiten Absatz:

„Die medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe, Körperfunktionen (wieder-) herzustellen und Aktivitäten zu ermöglichen, so dass Menschen sich in ihrem Alltag zurechtfinden oder wieder in diesen zurückfinden. Bei chronischen Erkrankungen liegt die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation darin, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen soweit möglich zu reduzieren und dauerhaften Beeinträchtigungen, wie einer Pflegesituation, vorzubeugen.“

Dies entspricht weder der gesetzlichen Regelung in § 11 Abs. 2 SGB V noch dem trägerübergreifenden Recht des SGB IX, hier § 42. Um der Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechtes Rechnung zu tragen und eine Einengung des Begriffes der medizinischen Rehabilitation zu vermeiden, wird vorgeschlagen, an dieser Stelle die Formulierung des § 42 SGB IX zu verwenden.

b) Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts

Der Referentenentwurf sieht in § 40 Abs. 1 SGB V n. F. vor, dass Versicherte, die sich für eine andere, als die von der Krankenkasse bestimmte, Rehabilitationseinrichtung entscheiden, nicht mehr die gesamten, sondern nur noch die Hälfte der Mehrkosten tragen müssen.

Die Fachverbände begrüßen diese Regelung, da hierdurch das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (§§ 8 SGB IX; 33 SGB I) gestärkt wird. Dieses wird derzeit sehr eng durch die Krankenkassen ausgelegt und häufig durch wirtschaftliche Erwägungen limitiert. Die Begrenzung der Pflicht zur Kostentragung auf die Hälfte erscheint

jedoch willkürlich. Eine Kostenreduzierung auf Null würde das Wahlrecht der Versicherten noch besser stärken.

Die Fachverbände fordern daher die Regelung, dass Versicherte sich ohne Mehrkosten auch für eine andere zertifizierte Einrichtung, als die von der Krankenkasse bestimmte, entscheiden können.

c) **Zugangsvereinfachungen nicht auf geriatrische Rehabilitation beschränken**

Gemäß § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V n. F. sollen Krankenkassen bei einem Antrag auf eine vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation nicht mehr die medizinische Erforderlichkeit prüfen, sofern der Arzt oder die Ärztin die geriatrische Indikation durch geeignete Abschätzinstrumente überprüft hat. Bei allen anderen Indikationen kann die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nur noch auf Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) verneinen (vgl. § 40 Abs. 3 S. 3 SGB V n. F.).

Die Fachverbände begrüßen die Intention des Gesetzgebers mit dieser Änderung dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ und zugleich der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe auch im Alter Rechnung zu tragen. Durch einen vereinfachten Zugang zur Rehabilitation kann erreicht werden, dass deutlich mehr ältere Menschen mit entsprechendem Bedarf tatsächlich solche Leistungen erhalten. Allerdings sollte sich die Regelung nicht ausschließlich auf die vertragsärztliche Versorgung beziehen, denn im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung wird durch das Krankenhaus festgestellt, ob eine Rehabilitationsleistung erforderlich ist. Diese Feststellung muss - vergleichbar einer ärztlichen Verordnung - ausreichen, um eine Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse entbehrlich zu machen.

Außerdem sollte die anspruchsbegründende Wirkung, die der ärztlichen Verordnung durch die Neuregelung zugebilligt wird, nicht dazu führen, dass die Rechte auf umfassende Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung nach dem SGB IX beeinträchtigt werden. Selbst wenn die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation ausreicht und die Krankenkasse den Antrag diesbezüglich nicht mehr auf medizinische Erforderlichkeit hin prüft, muss sie bei einem Antrag auf Rehabilitationsleistungen auch weitergehenden Rehabilitationsbedarf umfassend ermitteln (§ 13 SGB IX). Darüber hinaus muss es möglich bleiben, Rehabilitationsleistungen auch ohne Verordnung eines Vertragsarztes zu beantragen.

Schließlich weisen die Fachverbände in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass nicht nur ältere Menschen einen besonders hohen und dringlichen Rehabilitationsbedarf aufweisen: Dies trifft unter anderem auch auf Patient*innen mit schweren neurologisch bedingten Beeinträchtigungen sowie auf einige andere Personengruppen, die z. B. Leistungen der Frührehabilitation wegen schwerer multipler Erkrankungen und Syndrome erhalten haben, zu. Zu dieser Gruppe können insbesondere auch Menschen mit Behinderung gehören, die bereits pflegebedürftig sind oder pflegebedürftig werden und deren Beeinträchtigung nicht allein durch die vorliegende Behinderung, sondern zusätzlich durch gehäuft auftretende Erkrankungen bedingt ist. Der Pflegebedarf kann auch bei diesem Personenkreis durch einen vereinfachten Zugang zu Rehabilitationsleistungen reduziert oder verhindert werden.

Die Fachverbände fordern daher, dass die medizinische Erforderlichkeit der ärztlich verordneten Rehabilitation nicht mehr seitens der Krankenkasse überprüft wird, wenn bei dem Betroffenen eine schwergradige Beeinträchtigung und ein dringlicher Rehabilitationsbedarf unzweifelhaft bestehen und durch entsprechende Befundermittlung einschließlich Assessmentinstrumenten nachvollziehbar dokumentiert sind. Entsprechende Vorgaben können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen. Dabei sind insbesondere die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

d) Evaluation der Zugangsvereinfachung

Die Vereinfachung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation kann zu einem starken Anstieg von Rehabilitanden und damit zu Versorgungsengpässen führen, wenn der erhöhten Nachfrage ein zu geringes Angebot von Leistungserbringern gegenübersteht.

Ferner ist zu befürchten, dass auf Grund des vereinfachten Zugangs überwiegend nur noch eine geriatrische Rehabilitationsleistung verordnet wird, obwohl eine indikationsspezifische Rehabilitation besser geeignet wäre. Dies gilt z. B. für Patient*innen mit entzündlich-rheumatischen sowie orthopädischen und neurologischen Erkrankungen. Auch ältere Menschen, die die Kriterien des geriatrischen Patienten erfüllen, können in vielen Fällen in indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtungen erfolgreich rehabilitiert werden.

Die Fachverbände begrüßen daher die in § 40 Abs. 3 S. 9 SGB V n. F. vorgesehene Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation wiedergegeben werden. Sollte eine Unterversorgung drohen, weil zu wenige Rehabilitationseinrichtungen für die Rehabilitanden zur Verfügung stehen, müssen außerdem rechtzeitig Kapazitätsanpassungen erfolgen.

e) Dauer der geriatrischen Rehabilitation

Der Referentenentwurf sieht in § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V n. F. vor, dass Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation künftig in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage und stationär für drei Wochen erbracht werden. Bislang bildete diese Zeitspanne, die nun für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation zur Regel erklärt wird, die Obergrenze.

Die Fachverbände begrüßen diese Regelung, sehen aber auch hier den Bedarf, sie über die Fälle der geriatrischen Rehabilitation auszuweiten. Durch die jetzige Formulierung, die eine Behandlungsdauer von 20 Tagen bzw. drei Wochen durch das Wort „längstens“ als Obergrenze definiert, wird die Behandlungszeit zu stark limitiert. Das gilt nicht nur für die geriatrische Rehabilitation, sondern für alle rehabilitativen Leistungen.

f) Aufhebung der Vierjahresfrist für Kinder und Jugendliche

Der Referentenentwurf sieht in § 40 Abs. 3 S. 8 SGB V n. F. vor, dass Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bereits vor dem Ablauf von vier Jahren erneut eine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen können.

Die Änderung wird begrüßt. Sie entspricht der Regelung zur Kinderrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, die durch das Flexirentengesetz eingeführt wurde (vgl. § 15a SGB VI).

Die Fachverbände fordern aber darüber hinaus, dass die Vorschriften des SGB V und des SGB VI für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation auch hinsichtlich des weiteren Anspruchsinhalts angeglichen werden. Unterschiede bestehen beispielsweise noch bei der Leistungsdauer. Diese beträgt bei einer stationären Reha-Maßnahme nach § 15a Abs. 4 SGB VI in der Regel *mindestens* vier Wochen, bei einer

Maßnahme nach § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V *höchstens* drei Wochen. Auch sollte die Altersgrenze für den Anspruch auf Kinder- und Jugendrehabilitation einheitlich gestaltet werden, so dass junge Erwachsene mit Behinderungen, die nicht selbst für ihren Unterhalt sorgen können, sowohl im Rentenversicherungsrecht als auch im Krankenversicherungsrecht bis zum 27. Lebensjahr die Leistung zu den vergünstigten Konditionen erhalten können (vgl. für das Rentenversicherungsrecht §§ 15a Abs. 3 S. 2 i. V. m. 48 Abs. 4 Nr. 2d SGB VI).

Die Angleichung der Vorschriften ist insoweit wichtig, als die Regelung des § 15a SGB VI auf Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung häufig wohl keine Anwendung findet.

Nach § 15a SGB V haben Kinder und Jugendliche nur einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen, wenn die angestrebte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes Einfluss auf ihre spätere *Erwerbsfähigkeit* haben kann. In diesem Zusammenhang haben uns Problemanzeigen erreicht, dass Anträge von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung häufig abgelehnt werden. Zur Begründung wird angeführt, dass eine spätere Erwerbstätigkeit der Antragsteller aufgrund ihrer geistigen Behinderung ohnehin nicht wahrscheinlich sei und somit nicht von einem positiven Einfluss der Reha-Maßnahme ausgegangen werden könne. Die Betroffenen sind damit auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nach dem SGB V zurückgeworfen. Eine Angleichung der Vorschriften des SGB V und des SGB VI würde die hierdurch entstandene Benachteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung beseitigen.

g) Leistungserbringungsrecht
(Artikel 1, Nr. 8b, 11b)

Der Referentenentwurf sieht in **§§ 111 Abs. 7 und 111c Abs. 5 SGB V n. F.** vor, dass der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer sowohl für den Bereich der stationären als auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitation auf Bundesebene einheitliche Versorgungsverträge schließen.

Die Fachverbände begrüßen die gesetzgeberische Intention, mehr Transparenz bei den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zu schaffen und bundesweit verbindliche Rahmenverträge sicherzustellen. Zwar gibt es - anders als auf Seite 14 des Referentenentwurfs beschrieben - bereits jetzt einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen für Versorgungs- und Vergütungsverträge, beispielsweise die

gemeinsamen Empfehlungen und Vereinbarungen zur medizinischen Rehabilitation auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Vorgaben dazu finden sich ferner in § 38 SGB IX. Die dort enthaltene Möglichkeit, gemeinsame Empfehlungen abzugeben bzw. Rahmenverträge abzuschließen, ist bislang jedoch nicht umgesetzt.

Um die Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts zu wahren, sollte die Änderung einschließlich der Schiedsstellenregelung aber im trägerübergreifenden Recht des SGB IX vorgenommen werden.

4. Weiterer Änderungsbedarf

a) Begleitung für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf finanzieren

Für Menschen mit geistiger Behinderung und/oder hohem Unterstützungsbedarf ist ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt regelmäßig eine große Herausforderung, da jede Abweichung vom Alltag große Ängste und Orientierungsschwierigkeiten auslösen kann. Außerdem sind ihre besonderen Bedürfnisse dem Einrichtungspersonal nicht immer bekannt und die Kommunikation ist häufig schwierig. So können gerade bei Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf Versorgungsmängel auftreten.

Umso wichtiger ist die Begleitung und Unterstützung durch nahestehende Personen oder persönliche Assistent*innen. Allerdings wird dies nicht ohne weiteres finanziert. Bislang ist für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson die Zahlung einer Pauschale von 45 Euro am Tag vorgesehen.³ Es ist bereits fraglich, ob mit diesem Betrag noch die Unterkunft und Verpflegung einer Privatperson finanziert werden kann. Führt man sich vor Augen, dass die Tagespauschale von 45 Euro schon bei ihrer Einführung im Jahr 2004 knapp bemessen war, ist sie heute - 15 Jahre später - jedenfalls nicht mehr ausreichend.

Problematischer wird es noch, wenn es an einem primären sozialen Netz aus Angehörigen und Freunden, die während des Aufenthaltes Unterstützung bieten können, fehlt oder der Pflege- bzw. Assistenzbedarf nur durch eine Fachkraft gedeckt werden kann. Die Finanzierung dieser Unterstützung ist mit der Pauschale nicht möglich. Mit 45 Euro kann höchstens eine Stunde abgegolten werden. Zwar wird für

³ § 11 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 2 der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1, S. 4 KHG v. 16.09.2004, abzurufen unter www.gkv-spitzenverband.de

diejenigen Menschen mit Behinderung, die ihr Pflegepersonal selbst als Arbeitgeber*in beschäftigen, die Betreuung durch eine Fachkraft während eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes weiterfinanziert (vgl. § 34 Abs. 2 S. 2 a. E. SGB XI, § 63b Abs. 4 SGB XII). Menschen mit einer geistigen Behinderung ist es aber oftmals nicht möglich das Arbeitgebermodell zu wählen.

Die Fachverbände fordern daher, dass die Mitnahme und die Betreuung durch eine Fachkraft bei einem stationären Rehabilitationsaufenthalt für alle Menschen mit geistiger Behinderung und/oder hohem Unterstützungsbedarf finanziert wird, sofern dies erforderlich ist, um den Erfolg der Rehabilitationsleistung zu erreichen.

b) Medizinische Rehabilitation von psychisch kranken Menschen

Vor allem für Menschen mit schweren, auch chronischen psychischen Störungen gibt es kaum rehabilitative Angebote. In den sozialpsychiatrischen Verbänden fehlen aus einer Reihe von konzeptionellen und strukturellen Gründen medizinisch-rehabilitative Elemente. Beispielsweise zielt die konzeptionelle Ausrichtung häufig zu stark auf Heilung, statt auf Teilhabe bei unter Umständen bleibenden Beeinträchtigungen. In der Praxis werden psychisch erkrankte Menschen im Anschluss an medizinische Behandlungsphasen oftmals unmittelbar auf die Hilfen zur sozialen Teilhabe verwiesen, ohne ihren Bedarf an medizinischer Rehabilitation zur möglichen Minimierung ihrer funktionalen Beeinträchtigungen und den damit verbundenen Teilhabebeeinträchtigungen zu ermitteln.

Nehmen bestehende Dienste und Einrichtungen medizinisch-rehabilitative Aufgaben wahr, so tun sie dies oft nicht explizit auf der Grundlage eines Reha-Assessments, im Rahmen eines Rehabilitationsplans und leistungrechtlich als Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Zudem sind Anschlussheilbehandlungs-Maßnahmen im Bereich der Sozialpsychiatrie sehr selten, sie kommen in der Praxis kaum vor.

Diese Versorgungssituation kontrastiert auffällig mit den Bestimmungen des § 27 SGB V, wonach den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, „insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation“.

Die Fachverbände sehen hier einen dringlichen Handlungsbedarf und schlagen dazu die Einführung von Leistungen der sozialpsychiatrischen Rehabilitation vor. Näheres

ist durch Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. Sie regen ferner die Durchführung von Modellprojekten im Bereich der sozialpsychiatrischen Rehabilitation an.