



Deutscher
Caritasverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Berlin, 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)**

Vorbemerkung

Der Entwurf des Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes zielt unter anderem darauf ab zu vermeiden, dass Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege überführt werden, ohne dass Entwöhnungspotenziale vorab ausgeschöpft wurden. Dass es diesbezüglich ein Versorgungsproblem gibt, wird aus der hohen Zahl von aus dem Krankenhaus als Beatmungspatientinnen entlassenen Patienten hergeleitet. Obwohl der Gesetzentwurf Versorgungslücken im Übergang von stationärer zur ambulanten Behandlung als Ursache für mögliche Fehlentwicklungen benennt, werden keine Verbesserungsvorschläge für diese Schnittstelle vorgeschlagen. Die stattdessen vorgesehenen Maßnahmen betreffen überwiegend bürokratische Anforderungen im Entlassmanagement der Krankenhäuser und greifen daher zu kurz bzw. setzen an der falschen Stelle an.

Den Vorwurf einer voreiligen Überführung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege weisen die Katholischen Krankenhäuser entschieden zurück. Sofern ausreichend Kapazitäten in anderen Krankenhäusern mit spezialisierten Weaning-Einheiten zur Verfügung stehen, sehen wir keine Probleme bei der Anschlussversorgung in einem anderen Krankenhaus, hier wird in der Praxis das Instrument der Verlegung genutzt. Regelungsbedürftig ist aus unserer Sicht jedoch der Übergang in die rehabilitative Anschlussversorgung im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation. Darüber hinaus ist aus unserer Sicht ein Versorgungsmangel bei spezialisierten Weaning-Einheiten denkbar. Diese strukturellen Defizite können aber nicht mit sanktionierten bürokratischen Anforderungen an Krankenhäuser behoben werden und dürften ihre Hauptursache im Fachkräftemangel haben.

Auch ist es aufgrund der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Abrechenbarkeit von Leistungen der Entwöhnung von Beatmung im Krankenhaus Krankenhäusern aktuell nahezu unmöglich, die dafür notwendigen Leistungen BSG-konform abzurechnen. Eine erhebliche Verbesserung der Entwöhnung von Beatmungspatienten wäre bereits mit der Klarstellung zu erreichen, dass Entwöhnung immer - egal zu welchem Zeitpunkt - als sachgerecht anerkannt wird. Auch die während der Akutbehandlung in Krankenhäusern frühzeitig erfolgenden Entwöhnungsphasen dürfen nicht länger entsprechend den Einschätzungen der Kostenträger und des BSG finanziell bestraft werden. Hier ist eine Klarstellung dringend erforderlich, dass Phasen zur Entwöhnung nie zur Minderung der Beatmungsvergütungen führen dürfen. Die Anrechenbarkeit von beatmungsfreien Intervallen im Rahmen der Beatmungs-Entwöhnung (Weaning), ebenso wie schonende, nichtinvasive Beatmungsmethoden müssen sachgerecht vergütet werden.





Deutscher
Caritasverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Die katholischen Rehabilitationseinrichtungen begrüßen die mit dem Gesetz vorgesehene Stärkung der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation verfolgt das Ziel, den Folgen von Krankheit in Form von Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu bessern oder deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden. Sie unterscheidet sich von der medizinischen Akutversorgung dadurch, dass sie sich mit den mittelbaren Folgen - beispielsweise einer Krankheit - auseinandersetzt und damit eine möglichst weitreichende Reintegration in den Lebensalltag bzw. Veränderung und Anpassung der Lebensumwelt erreicht. Ziel ist Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Diese Wiedereingliederung in die gewohnten Lebensverhältnisse ist auch ökonomisch sinnvoll und damit wesentlicher Bestandteil einer modernen Gesundheitsversorgung, wenn durch Rehabilitation andere aufwändigere Maßnahmen und Leistungen der Sozialversicherung vermieden oder aufgeschoben werden. Damit die Rehaziele erreicht werden und Teilhabe ermöglicht werden kann, bedarf es eines niedrigschwelligen Zugangs zu Rehabilitationsleistungen mit hoher Qualität.

Die hohe Qualität von Rehabilitation steht und fällt mit der Beschäftigung hoch qualifizierter ärztlicher, psychologischer, therapeutischer und pflegerischer Gesundheitsfachkräfte, die das interdisziplinäre multiprofessionelle Reha-Team bilden. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ausdrücklich, dass in den Vergütungsvereinbarungen künftig erforderliche Mehrausgaben wie die im Rahmen des kirchlichen Arbeitsrechts vereinbarten Gehaltsanpassungen umzusetzen sind. Gleichzeitig sind wir besorgt, dass Krankenkassen in ihrer Belegungssteuerung weiterhin ausschließlich Einrichtungen nach dem niedrigsten Vergütungssatz auswählen, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nur eingeschränkt ausgeübt werden kann und Einrichtungen zwar angemessene Vergütungssätze haben, aber ihre Leistungen nicht für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erbringen können.

Im Einzelnen begründen wir daher in dieser Stellungnahme Änderungsbedarfe zu den Bereichen

- I. „Außerklinische Intensivpflege“
- II. „Entlassung aus dem Krankenhaus“
- III. „Stärkung der Rehabilitation“
- IV. „Weiterer Handlungsbedarf“.

Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahme der BAGFW.

Der kkvd ist mit seinen weitergehenden Anliegen an das Gesetz auch durch die DKG vertreten.





I. Änderungsvorschläge für den Bereich „Außerklinische Intensivpflege“:

§ 37c SGB V: Außerklinische Intensivpflege

In § 37c SGB V fehlt eine Legaldefinition, die notwendig ist, um die Leistung und damit den Versichertenkreis zu definieren.

Die größte Gruppe der Menschen, die der außerklinischen Intensivpflege bedürfen, stellen ohne Zweifel die dauerbeatmeten Patient/innen dar, die nach intensivmedizinischer Behandlung im Krankenhaus zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen der Unterstützung durch implantierte oder technische Beatmungssysteme bedürfen. Daneben gibt es Patientengruppen, bei denen - abhängig vom Krankheitsbild bzw. den Komorbiditäten - der ständige Einsatz von Infusionspumpen, Ernährungspumpen, Dialysegeräten etc. erforderlich sein kann. Patient/innen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege haben somit insgesamt einen hohen Bedarf an nach Zeitpunkt und Ausmaß nicht vorhersehbaren und sofortig notwendigen medizinisch-pflegerischen Interventionen, an hauswirtschaftlicher Versorgung sowie an psycho-sozialer Begleitung, Betreuung und Unterstützung. Viele Patientinnen und Patienten befinden sich zudem im erwerbsfähigen Alter oder gehen zur Schule und können trotz Bedarfs an intensivpflegerischer Versorgung ein normales Alltags- und Berufsleben führen. Sie haben jedoch gleichzeitig einen hohen Bedarf an Leistungen zur Förderung der Teilhabe im häuslichen Bereich und in ihrem Alltagsleben. So muss es beispielsweise möglich sein, dass Kinder in Schulen ihren Teilhabebedarf an Schulassistenten in Anspruch nehmen können und gleichzeitig und parallel dazu intensivpflegerisch rund um die Uhr von einer Pflegefachkraft versorgt werden, da die Sicherstellung der Pflege die Voraussetzung für die Erfüllung der Teilhabebedarfe ist.

Eine Legaldefinition ist nun erforderlich, um den eigenständigen Leistungsanspruch auf die außerklinische Intensivpflege von den bisherigen Leistungsansprüchen von Versicherten abzugrenzen, die einen nach Intensität und Häufigkeit hohen Bedarf an medizinischer behandlungspflegerischen Maßnahmen am Tag und in der Nacht haben, bei denen jedoch keine ständige Überwachung und Versorgung durch eine Pflegefachkraft erforderlich ist. Ein Beispiel hierfür ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen und schwer heilenden Wunden, welche auch den Einsatz einer besonders qualifizierten Pflegefachkraft erfordert und mehrere Stunden dauern kann, ohne dass es einer außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V bedarf.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 ist eine **Legaldefinition** von „außerklinischer Intensivpflege“ vorzunehmen. Satz 1 soll daher lauten:

„Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen und aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen täglich wiederkehrend sowie nach Zeitpunkt und Ausmaß unvorhersehbar sofortiger medizinisch-pflegerischer Interventionen bedürfen, sodass eine ständige Anwesenheit zum Zwecke der Überwachung und/oder Versorgung durch eine Pflegefachkraft erforderlich ist, haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege“.





II. Änderungsvorschläge für den Bereich „Entlassung aus dem Krankenhaus“:

Zu Nr. 3) § 39 Abs. 1a Satz 6 Anschlussversorgung im Rahmen des Entlassmanagements

Beabsichtigte Regelung:

Die Regelung soll klarstellen, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements auch eine unmittelbare Anschlussversorgung in einem anderen Krankenhaus verordnen können. Damit soll eine Verbesserung der längerfristigen stationären Beatmungsentwöhnung erreicht werden, um eine Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen zu vermeiden.

Änderungsvorschlag:

„Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen **Anschlussrehabilitation** ~~Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.~~“

Begründung:

Die vorgesehene Verordnungsermächtigung ist nicht notwendig. In den Fällen, in denen ein besonderes Versorgungsbedürfnis vom behandelnden Krankenhaus nicht erfüllt werden kann, ist es üblich, die Versicherten in ein anderes Krankenhaus zu verlegen. Die Verlegung ist bereits in den Landeskrankenhausverträgen nach § 112 SGB V geregelt. Auch gibt der Referentenentwurf keinerlei Hinweise darauf, weshalb die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung nicht im Rahmen der Verlegung erreicht werden kann.

Notwendig für eine nahtlose Anschlussversorgung ist allerdings die Möglichkeit der Verordnung einer erforderlichen Anschlussrehabilitation. Abhängig vom Einzelfall kann zur Beatmungsentwöhnung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine pneumologische Rehabilitationsleistung erforderlich sein. Hier fehlt es bislang an einer Verordnungsmöglichkeit für das Krankenhaus. Vielmehr muss diese durch den Versicherten beantragt und von der Krankenkasse zunächst genehmigt werden.

Zu Nr. 12) § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a: Verträge zur Aufnahme und Entlassung der Versicherten bei Krankenhausbehandlung

Beabsichtigte Regelung:

Die Intention der Änderung ist es, sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vorschnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden. Dazu sollen die Vertragsparteien auf Landesebene verpflichtet werden, in den Verträgen über Krankenhausbehandlung auch zu vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten deren Beatmungsstatus festgestellt wird.

Änderungsvorschlag:

„a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten; dabei ist auch vorzusehen, dass vor der Entlassung oder Verlegung von ~~Beatmungspatienten~~ **Versicherten, die längerfristig einer invasiven**





Deutscher
Caritasverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

künstlichen Beatmung bedürfen, eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus sowie im Einzelfall des Potenzials an Beatmungsentwöhnung erfolgt.“.

Begründung:

Die regelmäßige Erfassung von Beatmungsstatus und Entwöhnungspotential ist Voraussetzung für eine leitliniengerechte Behandlung und eine Selbstverständlichkeit im Krankenhausalltag. Die vorgesehene formale Dokumentation im Entlassmanagement für jeden „Beatmungspatienten“ sollte hinsichtlich der Form der Beatmung, differenziert werden. Aus unserer Sicht ist es um das mit dem Gesetz beabsichtigte Ziel zu erreichen, ausreichend, den Beatmungsstatus nur bei Versicherten zu dokumentieren, die mit einer invasiven Dauerbeatmung entlassen werden.





III. Änderungsvorschläge für den Bereich „Stärkung der Rehabilitation“:

Zu Nr. 4 a) § 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V: Wunsch- und Wahlrecht ohne Mehrkosten

Beabsichtigte Regelung:

Nach Absatz 2 Satz 4 sollen Versicherte, die eine von der Krankenkasse nicht bestimmte zertifizierte Einrichtung wählen, die Hälfte dadurch entstehender Mehrkosten tragen.

Änderungsvorschlag:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung **ohne Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2**, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zur Hälfte zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches angemessen sind.“

Begründung:

Es besteht kein sachlicher Grund, die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten innerhalb der zugelassenen Einrichtungen durch Mehrkosten zu belasten und gegebenenfalls zu beschränken. Der Versorgungsvertrag garantiert grundsätzlich eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Die Belastung der Versicherten mit Mehrkosten führt dazu, dass Versicherte, die es sich leisten können, eine größere Auswahl haben, als Versicherte die über ein geringes oder gar kein Einkommen verfügen. Sie führt auch dazu, dass die Wahl von Einrichtungen mit höheren Vergütungssätzen, etwa, weil sie mehr oder tarifvertraglich entlohntes Personal beschäftigen, erschwert wird. Mehrkosten sind allenfalls gerechtfertigt, wenn eine Krankenkasse, weil sie die Einrichtung nicht belegen will, keinen Vereinbarung mit der Einrichtung geschlossen hat.

Zu Nr. 4 b) § 40 Absatz 3 Satz 2neu: Rehabilitation für geriatrische Patienten

Beabsichtigte Regelungen:

Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation soll durch die Krankenkasse nicht erneut überprüft werden.

In allen anderen Fällen soll die Krankenkasse von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.

Änderungsvorschläge:

„Die medizinische Erforderlichkeit einer ~~vertragsärztlich~~ verordneten ~~geriatrischen~~ Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige ~~vertragsärztliche~~ Überprüfung der ~~geriatrischen~~ Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente. Der über die medizinische Rehabilitation hinausgehende Rehabilitationsbedarf ist durch die Krankenkasse zu ermitteln.“

Begründung:





Deutscher
Caritasverband e.V.



Aus unserer Sicht ist es problematisch, zwischen der geriatrischen Rehabilitation und „allen anderen Fällen“ zu unterscheiden. In der medizinischen Rehabilitation sollten einheitliche Regeln zur Reichweite der Entscheidungen nach § 40 Abs. 3 gegeben sein. Diese Regeln sollten kompatibel sein mit den diesbezüglichen Bestimmungen des SGB IX, sonst droht das Rehabilitationsrecht zu zerfasern. Auch gibt es aufgrund unterschiedlicher politischer Konzeptionen „geriatrische Rehabilitation“ nicht in allen Bundesländern.¹ Die Rehabilitation geriatrischer Patienten zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit wird dann im Rahmen der indikationsspezifischen Rehabilitation geleistet. Die für die geriatrische Rehabilitation vorgesehene Regelung, dass im Falle einer vertragsärztlichen Verordnung die medizinische Erforderlichkeit nicht mehr durch die Krankenkasse zu überprüfen ist, sollte daher für den Bereich der medizinischen Rehabilitation insgesamt gelten.

Die Krankenkassen müssen auch in Zukunft den weiteren Rehabilitationsbedarf (nach § 13 SGB IX) ermitteln. Darüber hinaus darf das Antragsrecht der Versicherten beim Leistungszugang durch die Neuregelung nicht eingeschränkt werden.

Als problematisch wird gesehen, dass sich die Regelungen ausschließlich auf die vertragsärztliche Versorgung beziehen. Es sollte klargestellt werden, dass auch der krankenhausesärztliche Befundbericht die Erforderlichkeit der Leistung bestätigt. Häufig sind Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit gerade auch im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlich. Zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband wurden erst in diesem Jahr bundeseinheitliche Formulare für den Antrag auf Anschlussrehabilitation im Rahmen des Krankenhaus-Entlassmanagements vereinbart. Nun explizit die Erforderlichkeit einer vertragsärztlichen Verordnung zwischenschalten, würde die Versorgungskette unnötig verkomplizieren und den Zugang zur Leistung erschweren.





Deutscher
Caritasverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

IV. Über den Gesetzentwurf hinaus sehen wir noch folgenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf:

Mitnahme von Assistenzpersonen in Akutkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Für Menschen mit Behinderungen, insbesondere mit schweren kognitiven oder geistigen Beeinträchtigungen, stellt ein notwendiger Krankenhausaufenthalt oder der Aufenthalt in einer Rehaeinrichtung eine schwere Belastung dar. Sie werden aus ihrem normalen Umfeld herausgerissen und erleben im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung häufig Personal, das den Umgang mit Menschen mit Behinderung nicht gewohnt ist und mit dem sie nur schwer kommunizieren können. Um so wichtiger ist es, Bezugspersonen als Assistenzen mitnehmen zu können, die in der so wichtigen Kommunikation über Behandlungen unterstützen und begleiten, aber auch das Pflegepersonal im Alltag darin unterstützen können, wie z.B. jemand gewaschen werden muss oder welche Hilfen er bei der Nahrungsaufnahme benötigt.

Der Gesetzgeber hat nun im Krankenhaus- und im Rehaassistentenpflegegesetz diesem Umstand Rechnung getragen. Assistenzkräfte, die von Menschen mit Behinderung im Arbeitgeber-Verhältnis beschäftigt werden, dürfen sowohl ins Krankenhaus als auch in die Rehaeinrichtung als Begleitpersonen mitgenommen werden und die Fortzahlung ihrer Beschäftigung wird gewährleistet. Das ist jedoch nur ein kleiner Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen, meist von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen.

Bislang ist für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson die Zahlung einer Pauschale von 45 Euro am Tag vorgesehen. Dies reicht zur Finanzierung der Unterkunft und Verpflegung einer Pflegeperson aus dem privaten Umfeld. Sofern die Menschen mit Behinderungen jedoch darauf angewiesen sind, Assistenzkräfte aus der Einrichtung oder ihrem ambulanten Dienst ins Krankenhaus oder in die Rehaeinrichtung mitzubringen, um die medizinische Versorgung oder den Therapieerfolg zu gewährleisten, reicht dieser Betrag nicht aus, um den Verdienstaussfall zu kompensieren. Hier sehen wir eine Regelungslücke, die geschlossen werden muss.

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, DCV (Berliner Büro),
Tel. 030 284447-46, elisabeth.fix@caritas.de

Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin, Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin,
Tel. 030 2408368-10, bernadette.ruemmelin@caritas.de

