

**Stellungnahme der**

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache <b>19(14)155(23)</b> gel. VB zur öAnh am 17.6.2020 - GKV-IPReG 11.6.2020</p>
--

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

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflege-  
rischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in  
der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz -  
GKV-IPReG)**

- **Anhörung im Ausschuss für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages am 17. Juni 2020 -**

Als Dachverband von 117 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften sieht die BAG SELBSTHILFE den vorliegenden Gesetzentwurf mit großer Sorge und Empörung.

Dies gilt

- sowohl hinsichtlich des **Zeitpunktes des Gesetzgebungsverfahrens** während der Covid-19 Pandemie
- als auch bzgl. seines schwerwiegenden und **verfassungsrechtlich und völkerrechtlich angreifbaren Inhaltes** und schließlich
- wegen der **unzureichenden wissenschaftlichen Datengrundlage** bzgl. der tiefgreifenden Änderungen für Betroffene.

Das IPReG versetzt die Betroffenen und ihre Familien, die sich für das Leben zu Hause im eigenen Heim entschieden haben, in existentielle Ängste. Derzeit zeigen gerade die Vorgänge während der Covid-19-Pandemie, dass der Aufenthalt in Pflegeheimen für Menschen mit Vorerkrankungen mit einer extrem hohen Gefährdung für Leib und Leben einhergeht. Doch diese Risiken sind nicht nur auf die Infektion mit dem neuen Coronavirus beschränkt.

So schreibt beispielsweise der von dem Gesetz möglicherweise betroffene Manfred Schwarz in einem veröffentlichten Brief an Herrn Minister Spahn<sup>1</sup>:

*„Dort droht zum Beispiel, dass Sekret nicht rechtzeitig aus den Atemwegen abgesaugt werden kann, wenn es bei den Patienten oder „Bewohnern“ mehrere Notfälle gleichzeitig gibt. Die möglichen Folgen sind Lungenentzündungen, häufige Krankenhausaufenthalte und das Ersticken am Sekret direkt im „Heim“.“*

Der vorliegende Gesetzentwurf kann für viele Menschen, die einen besonders hohen Bedarf an außerklinischer Intensivpflege haben, zur Folge haben, dass sie in ein Pflegeheim umziehen müssen - auch gegen ihren Willen: Zwar ist nach dem Gesetzentwurf den

---

<sup>1</sup> Schwarz, zit. Nach <https://kobinet-nachrichten.org/2020/05/26/offener-brief-keine-zwangshospitalisierungen-unschuldiger-in-institutionen/>

Wünschen der Betroffenen Rechnung zu tragen; entscheidet jedoch die Krankenkasse nach Einschätzung des Medizinischen Dienstes, dass die Versorgung in der Häuslichkeit nicht sichergestellt ist, so besteht das Risiko, dass der Betroffene - auch gegen seinen Willen - in ein Pflegeheim umziehen muss. Da jedoch die Formulierung einer „tatsächlich und dauerhaft nicht sichergestellten Pflege“ als unbestimmter Rechtsbegriff weite Beurteilungsspielräume eröffnet und gleichzeitig enorme finanzielle Unterschiede zwischen den Kosten für das Pflegeheim und der - deutlich teureren - ambulanten Versorgung bestehen, wird seitens der BAG SELBSTHILFE das Risiko gesehen, dass diese Formulierung durch die entscheidenden Kostenträger extensiv ausgelegt wird- zum Nachteil der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Dies verletzt sowohl die Rechte der Betroffenen aus **Art. 19 der UN-Behindertenrechtskonvention, seinen Wohnort frei wählen zu können, wie auch der Schutz von Ehe und Familie (Art. 6) und die nach Art. 2 und 1 verfassungsrechtlich garantierte Wahlfreiheit.**

Besonders bedrückend ist für die Betroffenen derzeit, dass die Klärung, ob ihre Pflege sichergestellt ist, **einmal jährlich** überprüft werden soll. Es wird ihnen also zugemutet, dass sie einmal jährlich mit den Kostenträgern über ihre Lebensform und Lebensperspektive verhandeln müssen- immer mit dem Risiko, dass das Ergebnis lautet, dass sie in ein Pflegeheim umziehen müssen.

Hinzu kommt, dass **keine hinreichende wissenschaftlich begründete Datengrundlage** gibt, die die Vornahme derart weitreichender und in Einzelfällen sogar lebensbedrohlicher Änderungen rechtfertigen würde. Die Gesetzesbegründung bezieht sich weitgehend auf anekdotische Darstellungen von Betrugsfällen, ohne dass wissenschaftlich dargelegt wird, welches Ausmaß und welche Häufigkeit diese Vorfälle hatten und vor allem welche Alternativmaßnahmen die Krankenkassen ergriffen haben bzw. hätten ergreifen können. Dies könnten etwa Qualitätsverträge mit entsprechend regelmäßigen Kontrollen sein; auch die Intensivierung der Strafverfolgung durch Schwerpunktstaatsanwaltschaften kann bei derartigen Betrugsstrategien perspektivisch Abhilfe schaffen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet jedoch eine nachvollziehbare Abwägung der Rechtsgüter unter Einbeziehung der Alternativmöglichkeiten, also der mildereren Mittel. Insoweit stellt die fehlende Datengrundlage und die fehlende Darstellung der Alternativen aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE auch ein verfassungsrechtliches Problem für die Begründung der Maßnahmen des § 37c SGB V dar.

Schließlich können derzeit gerade **Menschen mit Intensivpflegebedarf als Risikogruppen ihre Rechte auf Partizipation nur eingeschränkt** wahrnehmen, da sie - wegen der hohen Ansteckungsrisiken und der zusätzlichen Umorganisationsmaßnahmen ihrer Versorgung aufgrund der Pandemie - derzeit andere, vordringlich zu bewältigende Probleme haben. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE, das Gesetzgebungsverfahren so lange auszusetzen, bis die Betroffenen die Möglichkeit haben, sich selbst für ihre Rechte stark zu machen. Voraussichtlich wird dies nicht vor der Entwicklung einer sicheren Behandlungsmöglichkeit oder eines Impfstoffes der Fall sein. Bis dahin sollte es zudem möglich sein, eine wissenschaftliche Evaluation und Klärung der Alternativen zur vorgeschlagenen Lösung in die Wege zu leiten.

Im Einzelnen ist zu dem Gesetzentwurf Folgendes auszuführen:

**(I.) Anspruch auf außerklinische Intensivpflege (§§ 37c SGB V)**

**1. Ausgestaltung des Anspruchs und Ausschluss des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§§ 37c Abs. 1 und 2, 37 Abs. 2 S.3 SGB V)**

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE handelt es sich bei der Neuregelung um eine verfassungsrechtlich höchst angreifbare Änderung gegenüber der jetzigen Rechtslage. Bisher hatten die Betroffenen über § 37 SGB V Anspruch auf Häusliche Krankenpflege in Form der sog. 24-Stunden Pflege als Sachleistungsanspruch; die Höhe der Zuzahlungen war auf den Zeitraum von 28 Tagen begrenzt. Nunmehr wird der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unter den Vorbehalt gestellt, dass die Krankenkasse - nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes - entscheidet, dass „die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann“. Fällt dieses Urteil negativ aus oder lässt der Betroffene nicht jährlich die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste zu, so muss er ins Pflegeheim wechseln - soweit er nicht klagt bzw. über eine einstweilige Anordnung die Finanzierung der häuslichen Versorgung sicherstellen kann. Dabei steht die dauerhafte und tatsächliche Sicherstellung der Versorgung in der stationären Einrichtung offenbar ohne nähere Prüfung fest. Dass von einer solchen Sicherstellung schon bei der „normalen“ Altenpflege nicht immer ausgegangen werden kann, belegen viele Berichte; ungleich schwieriger dürfte die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege sein - unabhängig von den zusätzlichen Risiken durch Infektionen, denen die Betroffenen allein durch die Örtlichkeit ausgesetzt sind.

Die Formulierung einer „tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung der Versorgung durch den Betroffenen und seine Angehörigen“ lässt zudem außer Acht, dass die Krankenkassen - in Teilen zusammen mit den Vertragsärzten - nach §§ 2, 72, 132a SGB V den Sicherstellungsauftrag haben, dass Versicherte im Wege der Sachleistung die von ihnen benötigten Dienstleistungen erhalten. Über die Erbringung der Sachleistungen haben die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern abzuschließen (§ 2 Abs. 2 S. 3 SGB V). § 2a SGB V betont dabei explizit, dass den besonderen Belangen chronisch kranker und behinderter Menschen Rechnung zu tragen ist. Wenn jedoch die fehlende

Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung als Begründung für eine Herausnahme der Betroffenen aus der ambulanten Versorgung verwendet werden kann, kehrt dies die Verantwortlichkeiten um. Somit widerspricht die Regelung des § 37c den festgeschriebenen Grundsätzen des SGB V, da weder den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung getragen wird noch die Verantwortung der Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten hinreichend abgebildet wird. Im Grunde tragen nun die Betroffenen das Risiko des allgemeinen Mangels an Pflegekräften statt der eigentlich verantwortlichen Krankenkassen, die für eine Sicherstellung zu sorgen haben. Hinzu kommt, dass auf diese Weise ein System der Angst geschaffen wird, in dem sich viele Betroffene nicht mehr trauen werden, Mängel in der pflegerischen Versorgung anzuzeigen, weil unter Umständen dann der Versorgungsvertrag gekündigt wird.

Mit dieser Neuregelung werden nicht nur die Rechte von Menschen mit Behinderung aus der UN-Behindertenrechtskonvention verletzt, sondern auch seine durch Art. 2 und Art. 1 garantierte Wahlfreiheit: Denn übergreifendes Ziel des Wahlrechts ist die Anerkennung des Versicherten als einer mit prinzipiellem Eigenwert und Menschenwürde ausgestatteten Person (Art. 1 Grundgesetz), welches ausschließt, diese zu einem bloßen Objekt staatlichen Handelns zu machen (Urteil des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein vom 4.12.2006, Aktenzeichen L 9 SO3/06). Eine solche verfassungsrechtlich relevante Einschränkung hoher Rechtsgüter hätte zudem einer nachvollziehbaren und wissenschaftlich abgesicherten Begründung bedurft, um sicherzustellen, dass nicht einfach Einzelfallberichte zu weitreichenden verfassungsrechtlichen Konsequenzen führen. Eine solche wissenschaftlich herleitbare Datengrundlage und Begründung findet sich jedoch an keiner Stelle des Gesetzentwurfs.

Die Vorschrift verstößt zudem auch gegen das verfassungsrechtliche Bestimmtheitsgebot, da hier massive Grundrechtseingriffe per Gesetz für einen unbestimmten Personenkreis eröffnet werden sollen. Es ist nämlich völlig unklar, wie ein „besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ definiert werden soll. Eine Delegation der Definitionsmacht an den Gemeinsamen Bundesausschuss oder ggf. den Verordnungsgeber ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE nach der Wesentlichkeitstheorie aufgrund der Intensität des Grundrechtseingriffs unzulässig.

Darüber hinaus beinhaltet die Neuregelung auch wegen des Ausschlusses der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V eine Benachteiligung von Menschen mit hohem Intensivpflegebedarf gegenüber allen anderen Menschen, die Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben:

Derzeit haben Versicherte mit hohem Intensivpflegebedarf bspw. einen Anspruch auf teilweise Übernahme der Kosten für die Grundpflege, wenn diese gleichzeitig mit der Behandlungspflege erbracht wird. Denn für Versicherte mit einem rund-um-die-Uhr bestehenden Intensivpflegebedarf hat das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 17.06.2010 (B 3 KR 7/09 R) entschieden, dass bei gleichzeitigem Erbringen von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V und Grundpflege (sowie ggf. hauswirtschaftlicher Versorgung) nach § 36 SGB XI durch dieselbe Pflegekraft die beiden Leistungsansprüche grundsätzlich gleichberechtigt nebeneinander stehen. Nach der darauf basierenden Kostenabgrenzungsrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes vom 16.12.2016 findet insoweit eine teilweise Anrechnung der Grundpflege auf die Kosten der Behandlungspflege statt, so dass der Pflegebedürftige mit geringeren Kosten belastet wird als dies der Fall wäre, als wenn dies vollständig der Fall wäre.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE besteht das Risiko, dass die Betroffenen nach der Änderung die Kosten für die Grundpflege im Teilkaskosystem Pflege zu einem größeren Teil selbst bezahlen müssten. Für diese Ungleichbehandlung gegenüber anderen Menschen, die häusliche Krankenpflege benötigen, gibt es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE keinen Grund. Ferner besteht aus ihrer Sicht das Risiko, dass der Begriff des besonders hohen Intensivpflegebedarfes im GBA besonders weitreichend ausgestaltet wird, um so besonders „teure“ Versorgungen mit häuslicher Krankenpflege von dem Anspruch nach § 37 auszuschließen.

Hinzu kommt, dass die Betroffenen derzeit nach § 37 Abs. 4 SGB V die Möglichkeit haben, selbst Pflegekräfte anzuwerben und zu bezahlen („zu beschaffen“), wenn die Krankenkasse ihrer Pflicht zur Sicherstellung nicht mehr nachkommt bzw. es andere Gründe für einen Wechsel gibt. Diese Regelung würde durch die „Ausgliederung“ des § 37c SGB V nicht mehr gelten, was insbesondere vor dem Hintergrund, dass nunmehr die nicht mehr sichergestellte Pflege als Grund für eine Überweisung in ein Pflegeheim sein kann. Praktisch könnte im Grunde die Pflegekasse selbst die nicht mehr sichergestellte Pflege

verursachen, ohne dass der Betroffene die Möglichkeit hätte, die Pflege selbst sicherzustellen.

Schließlich sollen nach dem Entwurf bei Menschen, die auf außerklinischer Intensivpflege angewiesen sind, erhöhte Zuzahlungen anfallen, die nicht auf 28 Tage begrenzt sind (§ 37c Abs. 4 S. 2). Diese sind bei der „normalen“ häuslichen Krankenpflege auf 28 Tage begrenzt.

Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE dringend dazu auf klarzustellen, dass § 37 für Menschen mit Intensivpflegebedarf weiterhin gilt; ferner sollte zur Klarstellung eine gleichlautende Formulierung der Behandlungspflege in § 37c und 37 SGB V geschaffen werden und nicht durch die Einführung der Formulierung „medizinische Behandlungspflege“ neue Rechtsrisiken für die Betroffenen geschaffen werden. Denn die Abgrenzung zwischen Grund- und Behandlungspflege sowie die dadurch erfolgende Abrechnung nach Teilkasko- oder Vollkaskosystem ist Gegenstand einer hochdifferenzierten Rechtsprechung, die nun dadurch auf neue Beine gestellt und für die Betroffenen neue Rechtsunsicherheiten mit sich bringen würde. Zudem sind die Regelungen zur Sicherungspflege bei der HKP auf der Grundlage des Wortlautes des § 37 SGB V entwickelt worden. Vor diesem Hintergrund ist in § 37c Abs. 1 S. 3 SGB V das Wort „medizinische“ vor dem Begriff „Behandlungspflege“ zu streichen.

## **2. Anspruch auf Beratung (§ 37c Abs. 1 SGB V)**

Im Grundsatz ist ein Anspruch der Betroffenen auf Beratung zwar zu begrüßen; angesichts der dargestellten Interessenlage der Kostenträger bestehen jedoch Zweifel, ob eine derartige Beratung tatsächlich unabhängig erfolgt. Vor diesem Hintergrund sollte die Krankenkasse zwingend dazu verpflichtet werden, auf unabhängige Beratungsangebote der Selbsthilfe oder anderer Beratungsstellen hinzuweisen.

Darüber hinaus sollte im Gesetzestext klargestellt werden, dass die Beratung nicht zwingende Voraussetzung für die Geltendmachung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege ist.



### **3. Verordnung durch besonders qualifizierte Vertragsärzte (§ 37c Abs. 1 S. 4 SGB V)**

§ 37c SGB V GesE sieht vor, dass die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nur durch besonders qualifizierte Ärzte vorgenommen werden darf; in der Begründung werden Fachärzte für Innere Medizin, (pädiatrische) Pneumologie, Anästhesie, Neurologie und Fachärzte mit der Weiterbildung Intensivmedizin genannt. Auch wenn eine solche Regelung im Grundsatz sicherlich sinnvoll ist, gibt es hier in der Praxis das Problem, dass solche Ärzte nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind; auf dem Land gibt es derzeit häufig noch nicht einmal mehr Hausärzte in ausreichender Zahl. Auch dies zeigt jedoch einmal mehr, dass hier eine Neuregelung geschaffen wird, ohne dass die hierfür notwendigen Ressourcen und die Auswirkungen der Regelung wissenschaftlich untersucht oder abgeschätzt wurden.

Für die Betroffenen und ihre Familien dürften diese Qualitätsanforderung zur Folge haben, dass weite Fahrten zu derart qualifizierten Ärzten anfallen werden. So sind bspw. die Eltern von Intensivkindern ohnehin schon durch lange Fahrten zu Behandlungen in Spezialkliniken belastet; zusätzliche Wege wegen der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege schaffen weiteren Aufwand. Insoweit hält die BAG SELBSTHILFE die Anforderung für zu weitgehend; vielmehr sollte über Fort- und Weiterbildungen der Hausärzte bessere Kenntnisse von außerklinischer Intensivpflege schrittweise vermittelt werden. Bis zur Umsetzung dieser Anforderung sollte weiterhin der allgemeine Arztvorbehalt gelten, um nicht für besonders belastete Angehörige zusätzliche neue Hürden zu schaffen.

### **4. „Erörterung“ des Therapieziels (§ 37c Abs. 1 S. 5 SGB V)**

Soweit der Entwurf festlegt, das Therapieziel mit dem Patienten zu „erörtern“ ist, so entspricht dies nicht dem in § 630c Abs. 1 BGB festgelegten Gebot der gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared decision making“). Insoweit sollte bereits in der Formulierung klargestellt werden, dass der Vertragsarzt das Therapieziel gemeinsam mit dem Patienten festlegen soll.

Unabhängig davon sieht die BAG SELBSTHILFE es als Risiko an, dass das Therapieziel zwingend festgelegt werden muss, ggf. unter Einbeziehung palliativmedizinischer

Fachkompetenz. Aus ihrer Sicht könnte diese Formulierung nahelegen, dass bei Ausschöpfung der kurativen Versorgung quasi automatisch eine Beschränkung auf die palliative Schmerzbehandlung stattfindet. Dies ist abzulehnen: Denn zum einen trifft der Arzt regelmäßig nur eine Einschätzung über den weiteren Verlauf der Erkrankung ohne hundertprozentig sicheres Wissen; zum anderen ist aber auch dann noch eine Behandlung möglich, wenn die Heilung ausgeschlossen ist. Insoweit wird die zwingende Festlegung des Therapieziels nicht als adäquat angesehen und sollte in eine „kann“-Regelung umgewandelt werden.

#### **5. Erhebung des Weaning-Potentials (§ 37c Abs. 1 S. 6 SGB V)**

Die BAG SELBSTHILFE hält die Erhebung des Weaning-Potentials im Grundsatz für sehr sinnvoll und wichtig. Es gibt jedoch Gruppen, bei denen eine wiederholte Erhebung überflüssig ist, da aufgrund des Krankheits- oder Behinderungsbildes klar ist, dass eine Entwöhnung von der Beatmung nicht möglich ist; dies betrifft z.B. Menschen mit fortschreitenden Muskelerkrankungen. Hier sollte eine einmalige ärztliche Bescheinigung ausreichen.

#### **6. Arbeitsauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie den Anforderungen (§ 37c Abs.1 S. 8 SGB V)**

Jenseits dessen, dass aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE eine Delegation dieser Materie, die verfassungsrechtlich tief in die Grundrechte der Menschen eingreift, weder an den GBA noch an den Verordnungsgeber zulässig ist, hält sie auch die Gruppen bzgl. derer Regelungen entwickelt werden sollen, für ergänzungsbedürftig: Bei Menschen mit Behinderungen, die ihre Behinderung von Geburt an oder zu einem frühen Zeitpunkt erworben haben, verändert sich das Krankheitsbild nicht einfach nach Erreichen des 27. Lebensjahr; insoweit wäre hier die Altersgrenze zu streichen und wie folgt zu fassen:  
....für Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt, oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungszustand vorliegt, und für andere volljährige Versicherte....

Im Grundsatz wird es ferner für sinnvoll erachtet, dass Maßgaben für die Qualifikation der Leistungserbringer (allerdings vom Gesetzgeber) festgelegt werden, da natürlich spezialisierte und gut ausgebildete Fachkräfte eine wichtige Garantie für die Sicherheit und Gesundheit von Menschen mit hohem Intensivpflegebedarf sind. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass insbesondere im Bereich der Kinderintensivpflege ein großer Fachkräftemangel herrscht. Vor diesem Hintergrund werden derzeit viele Versorgungen von „normalen“ Intensivpflegekräften vorgenommen, die sich in den Jahren in enger Abstimmung mit den Eltern zu hochwertigen Versorgungen entwickelt haben. Diese Angebote dürfen nicht ausgeschlossen werden, da andernfalls wiederum die Einweisung ins Pflegeheim wegen nicht sichergestellter Pflege droht.

## **7. Leistungsort (§ 37c Abs. 2 SGB V)**

Begrüßt wird seitens der BAG SELBSTHILFE, dass außerklinische Intensivpflege auch in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe durchgeführt werden kann. Allerdings sieht sie an dieser Stelle noch Ergänzungsbedarf: Denn nach der bisherigen Fassung sind nur solche Einrichtungen erfasst, die der Versorgung in einer stationären Einrichtung entspricht. Die Wohnformen, in denen Menschen mit Behinderung leben, sind jedoch vielfältig: In sog. betreuten Wohnformen leben Menschen mit Beeinträchtigung so eigenständig wie möglich und erhalten so viel Unterstützung wie nötig. Menschen mit Beeinträchtigung können in einer Wohngemeinschaft, in einer vom Träger gemieteten Wohnung oder in der eigenen Wohnung leben. Vor diesem Hintergrund sollten auch diese betreuten Wohnformen in die möglichen Leistungsorte für außerklinische Intensivpflege aufgenommen werden.

Ferner wäre es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE dringend erforderlich, die Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege auch in Einrichtungen der Tagespflege zu ermöglichen, um pflegende Angehörige zu entlasten. Diese benötigen oft dringend Auszeiten von der Pflege und Erholung; gleichzeitig können die hohen Anforderungen an die Intensivpflege in den Tagespflegeeinrichtungen meist nicht gewährleistet werden, so dass diese ihnen an sich zustehenden Ansprüche praktisch nicht umsetzbar sind. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, auch Tagespflegeeinrichtungen als Orte der Leistungserbringung für die außerklinische Intensivpflege anzuerkennen.

## **8. Kostenübernahme nach Fortführung der Behandlung nach Besserung als Satzungsleistung (§ 37c Abs. 3 S. 2 SGB V)**

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE endet der Bedarf an außerklinischer Intensivpflege nicht mit der Dekanülierung; vielmehr kann gerade bei neurologisch erkrankten Menschen weiterhin eine Interventionsnotwendigkeit und ein Bedarf an außerklinischer Intensivpflege bestehen. Dieses Missverständnis könnte jedoch bei dieser Formulierung auftauchen; vor diesem Hintergrund wird um entsprechende gesetzliche Klarstellung gebeten, dass die außerklinische Intensivpflege nicht mit der Dekanülierung endet und auch danach eine Kostentragungspflicht - jenseits einer Regelung in der Satzung - besteht.

## **9. Versorgung mit Intensivpflege; Verordnungsermächtigung (§ 132j SGB V)**

Die BAG SELBSTHILFE hält daran fest, dass - angesichts des Ausmaßes dargestellten verfassungsrechtlichen Eingriffe - zunächst eine hinreichende wissenschaftliche Datengrundlage geschaffen werden sollte, bevor das bestehende System auf den Kopf gestellt wird. Ferner muss aus ihrer Sicht eine Regelung der Voraussetzungen und des Umfangs der Versorgung wegen der hohen Grundrechtsrelevanz der Regelungen durch den Gesetzgeber selbst erfolgen und kann nicht durch Ordnungsgeber oder Selbstverwaltungspartner getroffen werden. Sollte jedoch an diesem Regelungsauftrag festgehalten werden, so sollte zumindest eine Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f, g SGB V vorgesehen werden, wie sie auch der Bundesrat vorgeschlagen hat.

### **(II.) Rehabilitation allgemein**

#### **1. Mehrkostenregelung (§ 40 Abs. 2 SGB V)**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass die in § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V enthaltene Mehrkostenregelung um die Hälfte reduziert und dadurch das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen gestärkt werden soll. Da die Regelung den Fall betrifft, dass die Rehabilitationsmaßnahme in einer zertifizierten Einrichtung erfolgen soll, sollte die Mehrkostenregelung aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ganz entfallen. Denn andernfalls besteht nach wie

vor das Problem, dass sich nur einkommensstärkere Menschen die Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechtes leisten können.

## **2. Berichtspflicht (§ 40 Abs. 3 SGB V)**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Berichtspflicht als Maßnahme, um Transparenz in der geriatrischen Rehabilitation herzustellen.

## **3. Rahmenempfehlungen (§ 111 Abs. 7 SGB V)**

Auch die Entwicklung von einheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 111 wird positiv gesehen. Es steht zu hoffen, dass dies zu einer besseren Verzahnung von stationärer, ambulanter und mobiler Rehabilitation führt.

## **4. Weitere Forderungen**

Über die Neuregelung hinaus muss aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE hinaus die akut-medizinische und rehabilitative Versorgung stärker miteinander verzahnt werden. Durch die Einführung der Fallpauschalen werden Betroffene immer früher aus den Kliniken entlassen, obwohl es medizinisch sinnvoll wäre, sie dort weiterzubehandeln. Insoweit muss gewährleistet sein, dass die Betroffenen rehabilitationsfähig aus dem Krankenhaus entlassen werden und die Anschlussheilbehandlung die entsprechende medizinische Betreuung leisten kann.

Ferner regt die BAG SELBSTHILFE an, die Neuregelung des § 40 Abs. 3 SGB V für die geriatrische Rehabilitation (Regeldauer von 3 Wochen für die stationäre Rehabilitation) auch für die medizinische Rehabilitation insgesamt zu übernehmen; bisher gilt die Dauer von 3 Wochen als Obergrenze.

### **(III.) Kinderrehabilitation**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt das Entfallen der Vierjahresfrist für Kinder und Jugendliche; aus ihrer Sicht ist es gerade für Kindern und Jugendlichen enorm wichtig, dass ihre körperliche Entwicklung möglichst fortlaufend gefördert wird, um

Entwicklungsverzögerungen zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund wird es sehr positiv gesehen, dass in Zukunft eine Rehabilitationsmaßnahme regelhaft auch vor Ablauf von 4 Jahren beantragt werden kann.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollten jedoch auch weitere Regelungen aus § 15a SGB VI übernommen werden, so etwa zur Leistungsdauer (§ 15a SGB VI: mindestens 4 Wochen; § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V: höchstens 3 Wochen). Gleiches gilt auch für die Altersgrenze für junge Erwachsene mit Behinderungen, die sich nicht selbst unterhalten können, und die die Leistung zu den vergünstigten Konditionen der Kinderrehabilitation erhalten (§§ 15a Abs. 3 S. 2 i.V.m. 48 Abs. 4 Nr. 2d SGB VI).

#### **(IV.) Geriatrische Rehabilitation**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation mit der Neuregelung nach § 40 Abs. 3 Satz erleichtert werden soll. Insbesondere wird sehr positiv gesehen, dass die Prüfung der Erforderlichkeit durch die Krankenkasse entfällt, wenn die geriatrische Indikation durch geeignete Instrumente durch den Vertragsarzt festgestellt wurde; auch die Festlegung der Kriterien hierfür durch den GBA wird für sachgerecht gehalten. Gleiches gilt für die Definition der Fälle, in denen eine Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden kann. Die BAG SELBSTHILFE begrüßt insoweit auch die Vereinheitlichung dieser Regelungen zur AHB.

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

- Das Angebot an Einrichtungen zur geriatrischen Rehabilitation muss entsprechend des steigenden Bedarfs in den nächsten Jahren konsequent weiterentwickelt werden.
- Es muss stärker sichergestellt werden, dass dem geriatrischen Patienten alle individuell notwendigen fachspezifischen Versorgungsangebote - von ambulant bis stationär - für alle Phasen seiner Erkrankung wohnortnah und gut vernetzt in ausreichender Dauer zur Verfügung stehen.

- Die medizinischen Versorgungsstrukturen sind so auszugestalten, dass geriatrische Patienten in der täglichen Versorgungspraxis schnell und effizient erkannt und deren individueller Versorgungsbedarf ermittelt werden kann.
- Die quer durch Deutschland gehende Trennung in akutmedizinische und rehabilitative Leistungen in der Geriatrie wird häufig dem Bedarf geriatrischer multimorbider Patienten nicht gerecht. Verschiedene landesspezifische Regelungen zur Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung (Krankenhaus, Rehabilitation, Pflegeinstitutionen, ambulante Versorgung) führen überdies oft zu mangelhafter Transparenz bei Verantwortlichen wie auch Anspruchsberechtigten. Es ist für eine gleichberechtigte Teilhabe auch älterer Menschen mit Behinderungen dringend zu empfehlen, diese Erschwernisse zu beseitigen. Darum sollte überlegt werden, wo es sinnvoll wäre, die Trennung in „Geriatrie im Krankenhaus“ (§ 109 SGB V) und „Geriatrische Rehabilitation“ (§ 111 SGB V) zu überwinden. Hierzu sollte eine entsprechende Arbeitsgruppe im Bundesministerium für Gesundheit eingerichtet werden.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Geriatrie muss qualitativ und quantitativ deutlich verbessert werden. Dies erfordert einen deutlichen Ausbau der fachspezifischen Qualifizierung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Berufsgruppen auf allen Qualifizierungsebenen. Das betrifft auch die Qualifizierung zur Verordnung und Versorgung mit Hilfsmitteln.

#### **(V.) Dokumentationspflichten der Pflegekassen bzgl. der Rehabilitationsempfehlung und Pflegeberatung**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt nachdrücklich das Vorhaben des Gesetzgebers, die Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen bei den Pflegebedürftigen zu stärken.

Berlin/ Düsseldorf, 11.06.2020