

Stellungnahme  
zum Referentenentwurf  
eines

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

Prof. Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Diese Stellungnahme bewertet den vom BMG vorgelegten Referentenentwurf und legt aus den sich aus der Stellungnahme im Einzelnen ergebenden Gründen in den Anlagen 1 bis 4 alternative Regelungsvorschläge vor.

## **A. Allgemeines**

### **1. Die mit dem Entwurf beabsichtigen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation**

- sind hinsichtlich der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation weder an der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) orientiert, noch tragen sie dem in § 1 SGB IX verankerten Recht auf Förderung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft Rechnung,
- sie führen – im Gegenteil – zu einem vom bisher trägerübergreifend einheitlichen Recht der medizinischen Rehabilitation abweichenden spezifischen Rehabilitationsrecht der GKV, mit dem das Ziel des SGB IX, die Divergenz und Unübersichtlichkeit des Rehabilitationsrechts zu beenden, faktisch aufgehoben wird,
- orientiert die medizinische Rehabilitation der GKV nicht mehr auf das umfassende Ziel der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Vermeidung von Benachteiligungen, sondern reduziert die Zielsetzung auf die Verbesserung von Körperfunktionen und Aktivitäten und das Zurechtfinden bzw. Zurückfinden im/in den Alltag,
- schränkt den bisher über das Antragsrecht nach § 19 SGB IV auch ohne eine ärztliche Verordnung uneingeschränkt gegebenen unmittelbaren Zugang zur medizinischen Rehabilitation durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung ein und beschränkt damit das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen,
- reduziert die auf die uneingeschränkte Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft orientierte Aufgabenstellung der medizinischen Rehabilitation (Art 26 UN-BRK, § 2 SGB IX) im Bereich der GKV auf die mit einer bestimmten Indikation verbundenen Ziele,
- hebt die erst am 1.1.2018 durch das BTHG in Kraft getretene Verpflichtung zur abweichungsfesten, trägerübergreifend einheitlichen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu Gunsten einer ärztlichen Verordnung mit „teilkonstitutiver“ Wirkung aus, die jedoch nicht den Anforderungen des § 13 Abs. 2 SGB IX entsprechen kann,
- weicht das bisher im Kapitel 7 des SGB IX trägerübergreifend einheitlich geregelte Leistungserbringungsrecht der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen durch trägerspezifische (z.Tl. wortgleiche) Parallelbestimmungen im SGB IX auf, was entgegen der vom Gesetzgeber mit dem SGB IX verfolgten Ziele einen Rückfall in das vor 2001 geltende Recht mit divergierenden Bestimmungen und Schnittstellen führt,
- stärkt das Wunschrecht der Versicherten bei der Ausübung des Auswahlermessens der Träger nicht, sondern schreibt die nur in der GKV mit einem Mehrkostenausgleich

bestehende gesetzliche Beschränkung des Wunschrechts – wenn auch auf einem niedrigeren Niveau – dauerhaft fest.

Der Referentenentwurf beinhaltet aus der Sicht behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen keinesfalls eine Stärkung der Rehabilitation. Er trägt allerdings weitgehend den Forderungen und Interessen bestimmter Leistungserbringer Rechnung.

In diesem Teil des Referentenentwurfs ist einzig die Loslösung der Vergütung von der Grundlohnsummenentwicklung uneingeschränkt und mit allem Nachdruck zu begrüßen. Alle übrigen Regelungen – einschl. der zur Schiedsstelle – betreffen das übergreifende Rehabilitations- und Teilhaberecht des SGB IX und sind dort zu regeln. Dies gilt insbesondere für die Schärfung der Verpflichtung aller Rehabilitationsträger, das SGB IX endlich umzusetzen.

## **2. Intensivpflegerische Versorgung.**

Richtig ist, dass im Bereich der Intensiv- und Beatmungspflege eine z.Tl. eklatante Unter- und Fehlversorgung festzustellen ist. Diese Unter- und Fehlversorgung besteht vor Allem in einer auf Krankenbehandlung – hier sogar noch im Wesentlichen an das Heilmittelrecht anknüpfend – und Pflege reduzierten Versorgung. Die Entlassung aus dem Krankenhaus wird möglich, wenn die durch das Krankenhaus zu erbringenden akutmedizinischen Leistungsbedarfe nicht mehr überwiegen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus steht die Krankenbehandlung nicht mehr im Vordergrund. Stattdessen besteht neben dem Bedarf an Pflege überwiegend ein Bedarf an Teilhabeorientierten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. In dem Maße wie funktions- und aktivitätsorientierte rehabilitative Leistungen wirksam werden, kann sich auch der pflegerische Bedarf reduzieren.

- a) Prioritäres Ziel der Intensivversorgung muss es sein, die – in der Regel schwer und schwerstbehinderten Menschen unabhängig von der Versorgung in Einrichtungen jedweder Art zu machen und ihnen damit ein selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld oder im betreuten Wohnen zu ermöglichen.
- b) Da bei einer Versorgung durch Einrichtungen – unabhängig von deren Art – sich der individuelle Leistungsbedarf nicht signifikant reduziert, sind die mit dem RefE offensichtlich intendierten ökonomischen Ziel mit einer auf die Krankenbehandlung und Pflege beschränkten Leistung nicht zu erreichen.
- c) Für funktionell schwerstgeschädigte Patienten, die intensivpflichtig sind, fehlt bisher ein Konzept das darauf hin zielt, ihnen – beginnend mit der Behandlung in der Intensivstation und anschließend weiterführend über die Frührehabilitation im Krankenhaus und nach der Entlassung im nichtstationären Bereich – die beste Lebensqualität und Teilhabe im Alltag und in der Gesellschaft zu ermöglichen.
- d) Frührehabilitation im Krankenhaus ist unverändert nicht bedarfsgerecht vorhanden.
- e) Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus verfügen die Angebote der Intensiv- und Behandlungspflege durchweg über eine pflegerische und kurative Struktur- und

Prozessqualität. Die zur Förderung der Teilhabe erforderlichen Strukturen und Prozesse sind in diesen Angeboten nicht enthalten.

- f) Obwohl durch Veröffentlichungen und Studien belegt ist, dass die weit überwiegende Zahl der betroffenen Menschen eine weitgehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft außerhalb von Einrichtungen führen können, werden die erforderlichen Strukturen und Prozesse zur Förderung der Teilhabe für diese Menschen nicht in die Versorgung implementiert und vergütet, was zweifelsfrei auch erhebliche ökonomische Vorteile hätte.

Der vorgelegte Referentenentwurf ändert an dieser eklatanten Unter- und Fehlversorgung nichts. Stattdessen werden die vorhandenen Strukturen erneut - ohne die unabdingbare Weiterentwicklung um Leistungsinhalte zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft - verfestigt.

Mit der Absicht, Intensiv- und Behandlungspflege – abgesehen von wenigen Ausnahmen – ausschließlich in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder Wohneinheiten auszuführen, wird das Recht auf Selbstbestimmung und volle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft iSd UN-BRK missachtet und ein Leben von Menschen mit Behinderungen nach dem, dem SGB IX innewohnenden „Normalitätsprinzip“ weitgehend eingeschränkt.

## **B. Stärkung von Rehabilitation**

### **1. Einheitliches Teilhabe- und Rehabilitationsrecht**

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation handelt es sich nach § 5 Nr. 1 SGB IX um Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX zur Erreichung der in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Teilhabeziele erbracht werden.

Mangels abweichender Regelungen im SGB V sind diese Bestimmungen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX auch für den Bereich der GKV unmittelbar geltendes Recht. Zudem sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB V unter Beachtung des SGB IX zu erbringen, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist.

Das SGB V enthielt bisher keine im Verhältnis zum SGB IX abweichenden Bestimmungen zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Selbst die Definition, was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen bzw. Gegenstand der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, findet sich – für alle

Rehabilitationsträger iSd des § 6 SGB IX, einschließlich der GKV – einheitlich ausschließlich in § 42 SGB IX und nicht in den für die Rehabilitationsträger geltenden spezifischen Leistungsgesetzen, hier dem SGB V.

Der vorgelegte Entwurf weicht von dem zur Überwindung der Schnittstellen des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems mit dem SGB IX im Sozialgesetzbuch verankerten Grundsatz, dass jeder behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers die nach seinem individuellen Bedarf erforderliche Leistung zur Rehabilitation nach Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität (§§ 25 Abs. 1 Nr. 1, 37 SGB IX) einheitlich erhalten soll, ab und gestaltet vom SGB IX abweichendes trägerspezifisches Rehabilitationsrecht der GKV. Der Entwurf hebt nicht nur diesen Grundsatz für den Bereich

der GKV auf, sondern beseitigt zugleich auch ein wesentliches Element zur Sicherung einheitlicher Lebensverhältnisse für Menschen mit Behinderung.

## 2. Einheitliche Aufgabenstellung der medizinischen Rehabilitation

Nach Abschnitt A (Problem und Ziele) soll die medizinische Rehabilitation der GKV künftig nur noch die Aufgabe haben, Körperfunktionen (wieder-)herzustellen und Aktivitäten zu ermöglichen, sodass Menschen sich in ihrem Alltag zurechtfinden oder wieder in diesen zurückfinden.

Nach § 5 SGB IX werden Leistungen zur Rehabilitation **zur** Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erbracht. Sie sind das Instrument zur Verwirklichung des in § 1 SGB IX zugesagten Anspruchs auf Förderung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Vermeidung von Benachteiligungen.

Der Entwurf orientiert die Aufgabenstellung der GKV nicht mehr an der umfassenden Förderung der selbstbestimmten Teilhabe, sondern reduziert sie ausschließlich auf die Beeinflussung der Körperfunktionen und der daran anknüpfenden Aktivitäten. Zudem wird die Zielsetzung auf sehr begrenzte Aspekte (Zurechtfinden, Zurückfinden) der Alltagskompetenz beschränkt (s. Abschnitt A des RefE).

Die beabsichtigte Regelung stellt den Rechtszustand vor Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000 und des SGB IX von 2001 wieder her und ist zudem nicht mit der UN-Behindertenrechtskonvention zu vereinbaren.

Nach Art 26 Abs. 1 UN-BRK haben die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe ab allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren, d.h., die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft zu fördern (Art 3 Buchst. c UN-BRK).

Im Verhältnis zur gesetzlichen Rentenversicherung, deren Zuständigkeit bei der medizinischen Rehabilitation vor Allem auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben orientiert ist, hat die medizinische Rehabilitation der Träger der GKV – seit diese durch das RehaAnglG ab 1.10.1974 Rehabilitationsträger wurden – nach § 11 Abs. 2 SGB V die umfassende Aufgabe, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu vermindern. Die Aufgabe bezieht sich auf die gesamte Behinderung und deren Folgen und nicht nur auf Teilaspekte oder lediglich die Alltagskompetenz.

Die Definition des Rechtsanspruchs in § 11 SGB V entspricht mithin Art. 26 Abs. 1 UN-BRK. Die mit dem Entwurf beabsichtigte Beschränkung auf Leistungsziele und ein Leistungsniveau unterhalb der Anforderungen der UN-BRK bzw. des SGB IX ist damit nicht zu vereinbaren.

Da die GKV mit § 11 SGB V von allen Rehabilitationsträgern den umfassendsten Auftrag zur Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat, würde die vorgesehene Reduktion der Aufgabenstellung der GKV auf Teilaspekte der Teilhabeförderung für viele behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen zu einer Versorgungslücke bzw. Unterversorgung führen, weil andere Träger – wie zB. die auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben fokussierte GRV – mangels Zuständigkeit diese Lücke nicht schließen können.

Der Gesetzentwurf spiegelt allerdings mit der Fokussierung auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Alltagskompetenz die Wirklichkeit der Aufgabenwahrnehmung in Teilen der GKV wider, die – wie dargestellt - nicht den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Anstatt diese Wirklichkeit noch zu vertiefen und festzuschreiben, sollte der Entwurf dazu genutzt werden, im SGB V die Orientierung der medizinischen Rehabilitation an der UN-BRK und dem SGB IX unmissverständlich klarzustellen (§§ 11, 40 SGB V).

### 3. Einschränkung des Teilhabezieles und des Leistungsanspruchs

Im Bereich der GKV besteht nach derzeit noch geltendem Recht Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation, wenn einerseits die allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen des SGB IX (Beeinträchtigung der Teilhabe als Folge von Krankheit usw. - § 2 SGB IX -, Erreichbarkeit von Teilhabezielen - § 4 Abs. 2 S. 1 SGB IX) und andererseits die spezifischen Anspruchsvoraussetzungen des SGB V (§ 40 Abs.1 - Krankenbehandlung reicht nicht aus) gegeben sind.

Der Referentenentwurf (§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V – neu -) knüpft künftig den Anspruch auf geriatrische medizinische Rehabilitation an das Vorliegen einer bestimmten Indikation (hier die geriatrische), d.h., einer bestimmten Krankheit bzw. eines Krankheitsbildes und damit - abweichend von § 2 SGB IX - nicht mehr an die die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Die Fokussierung auf eine bestimmte Indikation schränkt den nach § 2 SGB IX auf die Förderung der gesamten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichteten Leistungsanspruch deutlich ein.

### 4. Beschränkung des Leistungszugangs auf eine ärztliche Verordnung

Nach derzeit geltendem Recht reicht für den Zugang zur med. Rehabilitation der GKV – wie bei den anderen Trägern medizinischer Rehabilitation - ein Antrag des Versicherten aus (§ 19 SGB IV).

Der Antrag löst die Verpflichtung aller Rehabilitationsträger, einschl. der der GKV, zur Ermittlung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe, hier der medizinischen Rehabilitation, nach § 13 SGB IX aus.

Einer Verordnung des Vertragsarztes iSv § 73 Abs. 2 SGB V Bedarf es dazu bisher nicht. Damit hat und hatte der Versicherte nach geltendem Recht immer über sein Antragsrecht nach § 19 SGB IV einen Direktzugang zu den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, unabhängig vom System der vertragsärztlicher Versorgung und dem Handeln der dortigen Akteure.

Der Referentenentwurf sieht nunmehr für die gesamte medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V – neu-) die Bindung an das Ordnungsrecht des Vertragsarztes vor, das damit über diese Regelung im Bereich der medizinischen Rehabilitation erstmals zumindest insoweit konstitutive Wirkung entfaltet, als ein Abweichen der Kasse nicht durch eine gutachterliche Stellungnahme des KDK gerechtfertigt wird. Damit wird das Entscheidungsrecht der Krankenkassen nach § 40 Abs. 3 SGB V über Art und Umfang der Leistungen weitgehend aufgehoben.

Obwohl das SGB IX für Leistungen zur Teilhabe einschl. der medizinischen Rehabilitation auf

die Wirksamkeit (§§ 4 Abs. 2 Satz 1, 13 Abs. 2, 28 Abs. 2 SGB IX) der Leistungen zur Erreichung von Teilhabezielen abstellt und die Träger verpflichtet, nur geeignete Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in Anspruch zu nehmen, die mit ihrer Struktur- und Prozessqualität Gewähr für eine in diesem Sinne wirksame Leistungsausführung bieten, werden den Krankenkassen – im Gegensatz zu allen übrigen Trägern der medizinischen Rehabilitation – mit der beabsichtigten Regelung des RefE gesetzliche die Grundlage für die Erfüllung der Vorgaben des SGB IX entzogen.

Es erscheint höchst zweifelhaft, dass im Bereich der GKV künftig die Grundätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 69 SGB IX) und die Wirksamkeitsverpflichtung des SGB IX noch eingehalten werden können.

Bisher hat das Ordnungsrecht des Vertragsarztes zur Rehabilitation nach § 73 Abs. 2 SGB V lediglich anregenden Charakter. Zumindest ein Teil der Krankenkassen wird - wie auch bereits nach der Rehabilitationsrichtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V in der zwischenzeitlich geänderten Fassung - die Verordnung als Leistungsvoraussetzung ansehen und ohne eine Verordnung weder eine Ermittlung des Bedarfs an Teilhabeleistungen nach § 13 SGB IX einleiten, noch über den Leistungsantrag entscheiden. Gerade diese Praxis - bei der sich die Rehabilitations-Richtlinie als Reha-Verhinderungsrichtlinie erwies - hat zur Änderung der Richtlinie geführt.

Jedenfalls schränkt die beabsichtigte Regelung - die nach der Fassung des RefE (§ 40 Abs. 3 Satz 3 – neun -) nicht nur bei geriatrischer Rehabilitation, sondern auf alle Rehabilitationsleistungen der GKV wirken würde - die Selbstbestimmung und das Antragsrecht der Versicherten beim Zugang zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erheblich ein.

Der Entwurf sieht mit dem neuen Satz 2 in § 40 Abs. 3 SGB V vor, dass die Krankenkassen für die geriatrische Indikation die Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüfen können. Damit erhält die Verordnung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation bei einer geriatrischen Indikation quasi konstitutive Wirkung. Satz 3 dehnt diese Regelung auf alle Rehabilitationsleistungen aus, es sei denn, es läge ein abweichendes Gutachten des MDK vor.

Entfaltet ein Ordnungsrecht nach § 73 Abs. 2 SGB V konstitutive Wirkung – d.h., dass die verordnete Leistung ohne ausdrücklichen Verwaltungsakt der Krankenkasse als bewilligt gilt, – so erfolgt die Vergütung dieser Leistung aus dem Budget, das dem behandelnden Arzt im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Verfügung steht. Insoweit besteht ein Zusammenhang zwischen den unternehmerischen Interessen des Arztes und seiner Ordnungspraxis. Dies wirkt sich auch bei der Intensivpflegerischen Versorgung aus, bei der die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen teilweise regelrecht um die bedarfsgerechte Verordnung von Heilmitteln ringen müssen. Rehabilitative Leistungen werden in diesem Zusammenhang so gut wie gar nicht verordnet.

Tritt mit der beabsichtigten Regelung künftig immer dann die konstitutive Wirkung ein, wenn kein gegenteiliges Gutachten des MDK eingeholt wird, müssten alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation -nicht nur die geriatrische – rechtssystematisch künftig aus dem Budget des Vertragsarztes finanziert werden. Es ist zu erwarten, dass dann keine Rehabilitationsleistungen mehr verordnet werden.

Der RefE setzt sich mit dieser Wirkung, die mit der vorgeschlagenen Fassung des § 40 SGB V

rechtssystematisch folgerichtig verbunden ist, nicht auseinander.

## 5. Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§ 13 SGB IX)

Der Gesetzgeber hat mit dem am 1.1.2018 in Kraft getretenen Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit § 13 SGB IX die Ermittlung des Bedarfs an Teilhabeleistungen – einschl. aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX) - für alle Rehabilitationsträger einheitlich und nachprüfbar, insbesondere aber für alle Rehabilitationsträger abweichungsfest (§ 7 Abs. 2 SGB IX) neu geregelt.

Danach haben alle Rehabilitationsträger mit entsprechenden Bedarfserhebungsinstrumenten eine individuelle, funktionsbezogene und nachprüfbare Bedarfsermittlung zu sichern und zu dokumentieren, indem sie insbesondere erfassen,

1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

Der Entwurf ignoriert diese die medizinische Rehabilitation aller Rehabilitationsträger erfassenden Anforderungen des Teilhaberechts und die dazu trägerübergreifende Rechtslage völlig.

Im Gegensatz zu anderen Ordnungsrechten nach § 73 Abs. 2 SGB IX hat die Verordnung von Leistungen zur medizinischen nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V bisher keine konstitutive Wirkung.

Dies nicht alleine wegen des Entscheidungsvorbehalts zu Gunsten der Krankenkassen in § 40 Abs. 3 Nr. 1 SGB V, sondern vor Allem deshalb, weil die Krankenkassen ihren Pflichten zur Ermittlung des Bedarfs an Teilhabeleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB IX nachkommen müssen. Diese Pflichten können nicht durch eine Verordnung des Vertragsarztes ersetzt werden, der die Anforderungen des § 13 Abs. 2 SGB IX nicht zu erfüllen vermag (u.a., weil das Teilhaberecht nicht zu seiner Kompetenz zählt).

Das Problem wird auch nicht durch die beabsichtigte „Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente“ gelöst. Bei der „geriatrischen Indikation“ handelt es um eine akutmedizinische Bewertung, die die für die Beurteilung des Bedarfs an Teilhabeleistungen erforderlichen Kriterien iSv § 13 SGB IX nicht beinhaltet und auch nicht beinhalten kann (Beeinträchtigung der Körperstrukturen und -funktionen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe).

Der beabsichtigte § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V erweitert dies über die geriatrischen Leistungen zur Rehabilitation hinaus auch auf alle übrigen ärztlich verordneten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – und damit auf die gesamten Leistungen der medizinischen Rehabilitation der GKV - , weil danach ein Abweichen von der ärztlichen Verordnung nur noch bei Vorliegen einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK zulässig sein soll.

Nach § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach §§ 14 bis 24 SGB IX) eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Obwohl diese Regelung keine Ausnahme vorsieht, findet sie in der Praxis kaum Anwendung.

Stattdessen wenden die Kassen § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V an, der lediglich eine Prüfung der Notwendigkeit der Leistungen in Stichproben vorsieht.

Mit Blick auf die personelle Besetzung des MDK und den dort zu erwartenden Aufwand ist zu erwarten, dass mit der im RefE vorgesehenen Regelung die Nichteinholung der Stellungnahmen nach § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in der Praxis dauerhaft verfestigt wird und die Prüfungen nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V eher noch seltener werden.

Die mit dem RefE beabsichtigte Regelung trägt den seit Jahren vorgetragenen Forderungen der Leistungserbringer Rechnung, entspricht aber nicht den berechtigten Interessen der Menschen mit Behinderung, die für die Förderung der Teilhabe und die zur Erreichung der individuellen Teilhabeziele geeignetste Leistung zu erhalten. Dieses Auswahlmessen (§ 36 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) erfordert nämlich die differenzierte individuelle Ermittlung des Teilhabeleistungsbedarf nach § 13 Abs. 2 SGB IX.

Abschließend ist anzumerken, dass das beabsichtigte Ordnungsrecht mit quasi teilkonstitutiver Wirkung die Verpflichtung der Krankenkassen nicht ausschließt, in jedem Falle der Geltendmachung einer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (unabhängig von Antrag oder Verordnung) dennoch eine Bedarfsermittlung nach § 13 Abs. 2 SGB IX durchzuführen. § 11 Abs. 2 Satz 3 letzter Halbsatz SGB V konstituiert zwar den Vorrang von Abweichungen des spezifischen Leistungsrechts der Rehabilitationsträger vor den Bestimmungen des SGB IX. Diese Regelung entfaltet jedoch seit Inkrafttreten des BTHG am 1.1.2018 für die Bestimmungen der Kapitel 2 bis 4 des SGB IX wegen des in § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB IX bestimmten – abweichungsfesten – Vorrangs dieser Kapitel vor dem spezifischen Leistungsrecht der Träger keine Wirkung mehr.

## 6. Leistungserbringungsrecht

Das SGB IX hat für die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ein trägerübergreifend einheitliches Leistungserbringungsrecht geschaffen. Es enthält

- in § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB IX die Verpflichtung aller Rehabilitationsträger, darauf hinzuwirken, dass Versorgungsverträge nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden, wobei einheitliche (trägerübergreifende) Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen sind (auf der Basis von auf der Ebene der BAR zu erarbeitenden Qualitätskriterien zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 39 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX),
- in §§ 36 Abs. 2 Satz 3 iVm § 51 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX einen trägerübergreifenden Anspruch auf eine angemessene Vergütung der Leistungserbringer, worüber die Rehabilitationsträger nach § 38 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX Grundsätze zu erarbeiten haben, die Gegenstand der Versorgungsverträge sein sollen,
- in § 38 Abs. 3 Satz 4 SGB IX die Vereinbarung von Rahmenverträgen mit den (dafür zTl extra gebildeten Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und Einrichtungen).
- in § 38 Abs. 2 SGB IX eine mit dem beabsichtigten § 111 Abs. 5 Satz 2 SGB V wortgleiche Regelung zur tarifvertraglichen Vergütung.

Da entsprechende Bestimmungen bereits im SGB IX enthalten sind, die nach § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX für die Rehabilitationsträger unmittelbar geltendes Recht sind, solange in dem für sie geltenden Recht keine Abweichungen geregelt werden, bedarf es der beabsichtigten Regelungen zu § 111 Abs. 5 Satz 3 (neu) und § 111 Abs. 7 SGB IX nicht.

Mit der auch hier vorgesehenen Regelung vom trägerübergreifenden einheitlichen Teilhaberecht des SGB IX abweichenden trägerspezifischen Leistungsrecht, wird das SGB IX als trägerübergreifendes Teilhaberecht systematisch ausgehöhlt und inhaltslos.

Es gibt keinerlei Begründung für trägerspezifisches Recht. Die Tatsache, dass die Rehabilitationsträger den oben zitierten Bestimmungen des SGB IX bisher in der Praxis nicht oder nur in Ansätzen nachkommen, darf nicht zur Auseinanderentwicklung des Teilhaberechts und der Wiedereinführung trägerspezifischer Regelungen mit dem Ergebnis unterschiedlichen Leistungsrechts für die Betroffenen und einer weiteren Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen führen.

Notwendig ist eine Konkretisierung der bzw. eine konsequente Verpflichtung der Träger auf die Bestimmungen des SGB IX.

Die in § 11 Abs. 5 Satz 2 -neu- SGB V vorgesehene Aufhebung der Anbindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnsumme wird mit allem Nachdruck begrüßt.

## 7. Wunschrecht (§ 8 SGB IX)

Nach § 8 SGB IX wird bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Eine Zuzahlung oder Eigenbeteiligung des Berechtigten sieht der Gesetzgeber bei der Ausübung des Wunschrechts nicht vor.

Der Gesetzgeber geht dabei davon aus, dass der Leistungsbedarf von den Rehabilitationsträgern nach § 13 Abs. 2 SGB IX rechtmäßig und zutreffend ermittelt wurde, das den Rehabilitationsträgern nach § 36 Abs. 2 SGB IX belassene Auswahlmessen, die Leistung in der am besten geeigneten Form auszuführen, rechtmäßig ausgeführt wurde und von den Trägern zur Ausführung nur solche Rehabilitationseinrichtungen und -dienste in Anspruch genommen werden (§ 28 Abs. 1 SGB IX), die nach ihrer Struktur- und Prozessqualität geeignet sind, die bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§ 13 SGB IX) in Abstimmung mit dem Berechtigten (§ 19 SGB IX) festgelegten Rehabilitationsziele (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) zu erreichen.

Danach besteht bei Durchführung dieses trägerübergreifenden Rehabilitationsrechts für eine Eigenbeteiligung des Berechtigten weder ein Ansatz noch Raum.

Im Gegensatz dazu sieht § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V eine Mehrkostentragung durch den Versicherten vor, wenn dieser eine andere zertifizierte Einrichtung als die vom Träger ausgewählte in Anspruch nimmt. Der Gesetzgeber ist bei dieser Regelung offensichtlich davon ausgegangen, dass im Bereich der GKV – abweichend von dem beschriebenen trägerübergreifenden Recht des SGB IX – nicht selten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die den gesetzlichen Anforderungen nicht genügen, und deshalb eine Mehrkostenbeteiligung rechtfertigen.

In der Praxis besteht regelmäßig Streit darüber, ob die Mehrkostenforderungen der Krankenkassen rechtmäßig sind. In der Sache wird von den Versicherten bestritten, dass die Krankenkassen ihr Auswahlermessen – wie beschrieben – rechtmäßig ausgeübt haben und die ausgewählte Einrichtung tatsächlich geeignet ist, die Teilhabeziele zu erreichen. In diesen Fällen besteht nämlich ein Anspruch auf Mehrkostentragung nicht.

An Stelle der mit dem Referentenentwurf beabsichtigten Halbierung der Mehrkostenbeteiligung, sollte § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V ersatzlos gestrichen und damit die Einheitlichkeit des Wunschrechts für alle Rehabilitationsträger wiederhergestellt werden. Wenn die Krankenkassen das geltende Teilhaberecht des SGB IX konsequent anwenden, besteht – wie bei den übrigen Trägern der medizinischen Rehabilitation - für die Mehrkostenregelung kein Bedarf.

### **C. Intensivpflegerische Versorgung**

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Diese Leistungen sollen regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht werden. Die Qualitätsanforderungen daran sollen verschärft werden. Qualitätskriterien wie etwa die personelle Ausstattung werden auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen vereinbart.

Schon diese Definition des neuen Leistungsanspruchs verdeutlicht, dass sowohl im zuständigen Ministerium, bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern das gesamte Denken ausschließlich kurativ und (kranken-)pflegerisch geprägt ist.

Die mit dem Beitritt der Bundesrepublik Deutschland zur UN-Behindertenrechtskonvention eingegangene Verpflichtung, wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren (Art. 26 UN-BRK), liegt völlig außerhalb dieses Denkens und bleibt unberücksichtigt.

#### **1. Die Zielgruppe der betroffenen Menschen greift weit über die innere Medizin und Pneumologie hinaus**

In der Begründung zu dem beabsichtigten § 37c Abs. 1 SGB V werden als qualifizierte FachärztInnen die der Inneren Medizin und Pneumologie angesprochen. Diese Beschränkung lässt die im Hintergrund des Gesetzentwurfs wirksamen Interessen bestimmter Anbieter und deren Verbände erkennen, die sich in der Ministeriumsanhörung ausdrücklich für die Berücksichtigung ihrer Anliegen bedankt haben

Tatsächlich ist die Zielgruppe wesentlich größer. Sie erfasst Patienten z. B. der Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Kardiochirurgie, Kardiologie, Pulmologie oder Gastroenterologie, die zum frühestmöglichen Zeitpunkt Leistungen der Frührehabilitation erhalten müssen.

Dazu gehören u. a. Patienten mit:

- Beatmung/Langzeitbeatmung (Pneumonien mit akuter respiratorischer Insuffizienz)
- ausgedehnten Herzinfarkt
- Querschnittslähmung
- schweren Polytraumata (mit Multiorganverletzungen/-versagen)
- schwere Verbrennungen
- schweren internistischen Erkrankungen (z. B. bei Sepsis, Multiorganversagen u.a.)
- Zustand nach komplikationsreichen postoperativen Verläufen nach abdominal-, kardio- und thoraxchirurgischen Eingriffen
- hochgradigen Schädigungen des peripheren Nerven-Muskel-Systems
- schwersten Schädigungen des Nervensystems als Folge von Schädelhirntraumen, ischämischen Hirninfarkten, Hirnblutungen, zerebralen Hypoxien (insbesondere mit Zustand nach Reanimation), Enzephalitiden, Hirntumoren, Guillain-Barré Syndrom, hoher Querschnitt, u.a. in Form von Koma, Wachkoma, minimaler Bewusstseinszustand, Locked-in Syndrom,

Die lebensbedrohlichen Problemlagen gehen oft einher mit ausgeprägten Beeinträchtigungen der Autonomie und Teilhabe aufgrund schwerer Schädigungen der spezifischen mentalen Funktionen, wie:

- Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Denken
- Psychomotorik und Emotionalität,
- Wahrnehmung (Selbst-/Zeitwahrnehmung)
- höhere kognitive Leistungen (kognitiv-sprachlich/-rechnerisch)
- Durchführung komplexer Bewegungshandlungen und zielgerichtetes Handeln.

Wegen der Schwere der Organschädigungen kommt es häufig zu einer verzögerten oder langwierigen Rekonvaleszenz. Etwa 2 bis 3% aller Krankenhauspatienten benötigen neben der akutmedizinischen Behandlung schon im Krankenhaus eine frührehabilitative Intervention.

Betroffen sind Patienten aller Altersgruppen, eine nicht unerhebliche Zahl dieser Patienten befindet sich im erwerbsfähigen Alter.

Auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus müssen viele Patienten/-innen zwar weiterhin medizinisch und intensivpflegerisch versorgt werden. Nunmehr erstreckt sich der Versorgungsbedarfs allerdings – mehr noch als während der Frührehabilitation im Krankenhaus - vor allem auf Leistungen zur Förderung der Teilhabe. Obwohl die Förderung der Teilhabe im Vordergrund der Versorgung stehen müsste, wird die – wie der Referentenentwurf zeigt – 10 Jahre nach Inkrafttreten der UN-BRK nicht einmal in Ansätzen in den Blick genommen.

Die außerklinisch im Bereich der ambulanten oder stationären Pflege betreuten Menschen haben jedoch einen uneingeschränkten Anspruch auf Teilhabeförderung.

Die derzeitige Versorgungssituation dieser Menschen entspricht nicht dem Recht auf Förderung der selbstbestimmten Teilhabe nach der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bzw. dem Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX).

2. Förderung der individuellen Teilhabe muss in der Intensivstation des Krankenhauses beginnen und gesichert sein

Der Sachverständigenrat der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat dazu in einer Arbeitsgruppe ein Konzept für die Rehabilitation in dieser Phase

erarbeitet<sup>1</sup>, das über die Rehabilitations- und Teilhabziele, die zu deren Erreichung in dieser Phase erforderlichen Struktur- und Prozessanforderungen beschreibt.

Eine weitere Kernaufgabe der Frührehabilitation im Krankenhaus ist die systematische Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs. Ohne Abklärung eines Rehabilitationsbedarfs und Zuweisung zu einem geeigneten Rehabilitationsangebot darf keine Überleitung in die nachfolgende Versorgung, insbesondere die Pflege, erfolgen. Der Gesetzgeber sollte diese Verpflichtung des Krankenhauses beim Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V gesetzlich vorgeben.

### 3. Unterversorgung bei der Frührehabilitation im Krankenhaus

Frührehabilitation ist die frühestmöglich einsetzende Kombination aus akutmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Behandlung von Krankenhauspatienten verschiedener medizinischer Fachgebiete mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe iSd der ICF.

Der darauf nach § 39 SGB V bestehende Anspruch kann für viele betroffene Menschen nicht erfüllt werden, weil es unverändert an einer bedarfsgerechten Struktur- und Prozessqualität für die Frührehabilitation im Krankenhaus mangelt<sup>2</sup>.

Als Hauptursache für diese Unterversorgung wird die nicht ausreichende Finanzausstattung identifiziert, die dadurch behoben werden kann, dass der Gesetzgeber die Vorhaltung der Angebote der fachübergreifenden Rehabilitation (Struktur- und Prozessqualität) und deren Finanzierung verbindlich regelt.

Frührehabilitation ist konsequent in allen Krankenhäusern in dafür geeigneten Fachabteilungen, in bettenführenden Frührehabilitations- Abteilungen oder durch abteilungsübergreifende Frührehabilitations-Teams sicherzustellen. Dies sollte im Krankenhausrecht zweifelsfrei verpflichtend geregelt werden.

### 4. Entwöhnung von der Beatmung (Weaning)

Bei Personen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf ist in der Regel eine Entwöhnung von der Beatmung (Weaning) erforderlich, die grundsätzlich nur im Krankenhaus durchgeführt werden sollte.

In der derzeitigen Versorgung ist jedoch nicht gewährleistet, dass alle betroffenen Patienten entwöhnt von der Beatmung aus dem Krankenhaus entlassen werden. Ursache ist, dass im Krankenhaus vor der Entlassung des Patienten nicht in allen Fällen systematisch mindestens der Versuch der Entwöhnung unternommen wird.

- Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) werden Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten

---

<sup>1</sup> P.W. Schoenle, J. Beyer, M. Bredehorst u.a. „Intensivmedizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation“ in Neurologie & Rehabilitation 3/2017 S. 243ff

<sup>2</sup> Vergl. Dazu Positionspapier zur fachübergreifenden Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation, des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Dazu auch Beyer/Seidel „Frührehabilitation ist erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette“ Rehabilitation 2017; 56: 272-285

auf nicht-spezialisierten Intensivstationen nicht selten ohne Überprüfung des Weaning-Potenzials direkt in außerklinische Beatmungseinrichtungen entlassen.

- Hier besteht die Gefahr, dass es ohne die Anwendung eines vorausgehenden sachkompetenten Konzeptes zur Respiratorentwöhnung zu einer nicht notwendigen dauerhaften invasiven außerklinischen Beatmung kommt. Mit zunehmender Beatmungsdauer steigen jedoch Morbidität und Letalität signifikant. Das Verbesserungspotenzial konnte bereits im Rahmen einer Studie belegt werden, in der rund 62% der Patientinnen und Patienten, die zunächst als nicht entwöhnbar in Weaningeinheiten verlegt worden sind, erfolgreich ohne invasive Beatmung entlassen werden konnten. D.h., dass durch die Versorgung in spezialisierten Krankenhäusern bis zu zwei Drittel der Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten erfolgreich entwöhnt und damit eine außerklinische Beatmung verhindert werden kann. Entsprechende Versorgungskonzepte sind jedoch nur regional vorhanden.

Auf diesem Hintergrund geht die Absicht des RefE, die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung zu stärken, die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhaushausindividueller Zusatzentgelte zu verbessern und Abschläge für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, einzuführen, in die richtige Richtung.

Der wissenschaftliche Arbeitskreis Intensivmedizin der DGAI hat die Möglichkeit zu einer modularen Zertifizierung anästhesiologischer Intensivmedizin initiiert und in diesem Zusammenhang in einem Aufgabenkatalog Qualitätsanforderungen für das Krankenhaus definiert<sup>3</sup>, auf die verwiesen wird.

Grundsätzlich ist danach Weaning auch in räumlich getrennten Einheiten ausschließlich für die Durchführung der Entwöhnung von der Beatmung außerhalb des Krankenhauses möglich (spezialisierte Entwöhnungseinheiten).

Voraussetzung ist, dass diese spezialisierten Entwöhnungseinheiten, die im Aufgabenkatalog der DGAI beschriebenen Qualitätsanforderungen erfüllen.

Dies gilt unabhängig davon, ob Träger einer solchen spezialisierten Entwöhnungseinheit eine Einrichtung der Akutversorgung oder eine Rehabilitationseinrichtung ist.

Außerhalb des Krankenhauses stehen spezifische Weaningzentren bisher nicht flächendeckend zur Verfügung, obwohl 60-70 Prozent der invasiv beatmeten Patienten im Bereich der Intensivpflege, die auf einer Akut-Intensivstation nicht von der Beatmung entwöhnt wurden, noch ein erfolgreiches Weaning erreichen könnten, wenn sie in einem spezialisierten Weaningzentrum betreut würden.

Anzumerken ist, dass neben der Beatmungsentwöhnung die Befreiung von der Sondenernährung, die sich zTl negativ auf den gesamten Stoffwechsel und die Verdauung auswirkt, von beinahe gleichrangiger Bedeutung für die Förderung eines selbstbestimmten Lebens außerhalb von Einrichtungen ist. Dies zur Befreiung von der Sondenernährung erforderlichen Leistungen können durchweg unmittelbar den Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 Abs. 2 SGB IX zugeordnet werden.

---

<sup>3</sup> DGAI-Zertifizierung anästhesiologische Intensivmedizin: Entwöhnung von der Beatmung in Anästh Intensivmed 2013; 54:522-4 Aktiv Druck und Verlag GmbH

Der Rentenentwurf sollte zur zeitnahen Beseitigung der Unterversorgung in diesem Bereich nicht nur die angesprochenen Maßnahmen zur Verbesserung der Weaning-Situation im Krankenhaus enthalten, sondern – bei entsprechender Struktur- und Prozessqualität - auch ausdrücklich das Weaning in spezialisierten Weaning-Zentren außerhalb des Krankenhauses zulassen.

## 5. Teilhabeförderung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Spätestens nach der Entlassung aus dem Krankenhaus muss die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – neben der kurativen und pflegerischen - Versorgung eine mindestens gleichwertige, wenn nicht sogar vorrangige Bedeutung haben.

Durch angemessene intensive rehabilitative Behandlung, mit der Zielsetzung, diesen Patienten verbesserte Teilhabechancen zu eröffnen, können z.B. Patienten mit einem Tracheostoma in etwa 90% der Fälle von der Beatmung und vom Tracheostoma befreit werden. Patienten mit eingeschränkten Bewusstseinszuständen wie z.B. Wachkoma können sogar bis zu 50% nachher wieder ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen bis hin zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Dies setzt aber voraus, dass ein intensives multiprofessionelles rehabilitatives Programm mit diesen Patienten durchgeführt wird. Dazu trägt ganz wesentlich auch die Befreiung von der Sondenernährung bei.

Tatsächlich stehen jedoch geeignete Rehabilitationsangebote, in die Patienten mit intensivmedizinischem Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung (mit oder ohne Frührehabilitation) verlegt werden können, bislang nur vereinzelt zur Verfügung. Dementsprechend verweilen diese Patienten entweder lange auf Intensivstationen bzw. im Krankenhaus oder werden zu schnell in die ambulante oder stationäre Intensivpflege verlegt, in der ein erheblicher Teil der Betroffenen bis zum Tode verweilt, ohne jemals eine Chance auf Rehabilitation zur Verbesserung der Vitalfunktionen und Teilhabe erhalten zu haben. Außerklinische Intensivpflege ohne rehabilitative Struktur- und Prozessanteile bedeutet auf dem Hintergrund der UN-BRK in vielen Fällen die dauerhafte Versagung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Der Referentenentwurf verfestigt diese teilhaborientierte Unterversorgung dauerhaft und beschränkt die betroffenen Menschen auf kurative und pflegerische Versorgung.

## 6. Beseitigung der Unter- und Fehlversorgung

Die Anlagen zu dieser Stellungnahme enthalten in den

**Anlage 2** – einen Vorschlag zur Gestaltung einer Komplexleistung der außerklinischen Intensiv**versorgung** als Leistung der medizinischen Rehabilitation (§ 42 a SGB IX) mit der nach dem Vorbild von § 42 SGB IX Leistungen der ärztlichen und pflegerischen Versorgung mit den Leistungen der medizinischen Rehabilitation in einer Leistung zusammengefasst werden, die aus einer Hand erbracht wird.

**Anlagen 2 und 3** einen – vom Verfasser nicht präferierten Vorschlag – die rein kurativ und pflegerischen orientierten und an das Heilmittelrecht angebotenen Entwürfe der §§ 37c und 132i SGB V in einem allerersten Schritt um rehabilitative Leistungen zu ergänze, womit

die vorhandene Unter- und Fehlversorgung aus den dargestellten Gründen nicht wesentlich beseitigt würde.

Letztlich muss außerklinische Intensivpflege – wie bisher - muss in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere denen der neurologischen Rehabilitation, die über die erforderliche Struktur- und Prozessqualität verfügen, möglich sein. In § 37c Abs. 2 sind deshalb neben den vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die Rehabilitationskliniken aufzunehmen.

Würde aus der besonderen Präferenz der RefE Fassung des § 37c auf Pflegeeinrichtungen in der Rechtspraxis geschlossen, dass die Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr für die Ausführung der außerklinischen Intensivpflege in Frage kommen, besteht die Gefahr, dass diese Leistungen künftig in den Versorgungsverträgen nach §§ 38 SGB IX/11 SGB V nicht mehr vereinbart und vergütet werden. Damit würde insbesondere im Bereich der neurologischen Rehabilitation ein langjähriges Leistungsangebot gefährdet und die Unterversorgung in diesem Indikationsbereich massiv vergrößert. Da das nicht gewollt sein kann, bedarf es einer entsprechenden Klarstellung.

#### 6. Einschränkung des Rechts auf Teilhabe und eine „normale“ Lebensführung

Die Absicht des RefE, außerklinische Intensivpflege in der Regel in stationären Pflegeeinrichtungen und spezialisierten Wohneinheiten und nur unter sehr einschränkenden Voraussetzungen im Haushalt oder in der Familie zu erbringen (§ 37c Abs. 1 SGB V -neu -), steht in diametralem Gegensatz zu dem Recht auf die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens (Art 26 Abs. 1 UN-BRK). Mit dem Vorrang der geplanten Leistungsausführung in Einrichtungen und „Wohneinheiten“ wird das Recht auf volle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und ein Leben nach dem Normalitätsprinzip weitgehend eingeschränkt.

#### 7. Außerklinische Intensivpflege in „Wohneinheiten“

Die Absicht, Angebote der außerklinischen Versorgung als „**Wohneinheiten**“ zu bezeichnen, steht im Widerspruch zur Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit zum Heimrecht. So hat z.B. das VG Düsseldorf mit Urteil vom 24.11.2017 - 26 K 6422/16 – nach Auffassung des Verfassers völlig zutreffend - entschieden, dass Einrichtungen, „in denen Bewohner wegen ihres Gesundheitszustandes auf eine Rund-um- die-Uhr-Betreuung angewiesen sind und der Pflegedienst eine Vollversorgung gewährleistet, keine „Wohngemeinschaft“, sondern eine Heim-Einrichtung im Sinne des § 18 WTG-NRW“ darstellen. Es handele sich um nichts anderes als um eine Darbietung von Leistungen, die für Pflegeheime typisch seien. Die Bewohner bildeten keine Wohngemeinschaft, sondern eine zur Intensivbetreuung untergebrachte Mehrheit pflegebedürftiger Personen.