

**Stellungnahme der DVfR zum  
Referentenentwurf der  
Bundesregierung:  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung  
von Rehabilitation und  
intensivpflegerischer Versorgung in der  
gesetzlichen Krankenversicherung  
(Reha- und Intensivpflege-  
Stärkungsgesetz – RISG)**

September 2019

---

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)  
Maaßstraße 26  
69123 Heidelberg

Telefon 06221 187 901-0  
E-Mail [info@dvfr.de](mailto:info@dvfr.de)  
[www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)

# Inhalt

I.	Vorbemerkung .....	1
II.	Stellungnahme im Einzelnen .....	3
1.	Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege .....	3
a)	Zu § 37 c Abs. 1 SGB V n. F.: Verordnung durch besonders qualifizierte Vertragsärzte breiter fassen ( <i>Art. 1 Nr. 2</i> ) .....	3
b)	Zu § 37c Abs. 2 SGB V n. F.: Kein Vorrang von Intensivpflege im Pflegeheim ( <i>Art. 1 Nr. 2</i> ).....	4
c)	Zu § 37c Abs. 3 SGB V n. F.: Umfang der Leistungen der Pflegeeinrichtung erweitern und Kostenbelastung durch Versorgung im Pflegeheim vermeiden ( <i>Art. 1 Nr. 2</i> ).....	5
d)	Zu § 132i SGB V n. F.: Fehlversorgung durch mehr Vorgaben und Qualitätskontrollen im Leistungserbringungsrecht verhindern ( <i>Art. 1 Nr. 14</i> ).....	6
e)	Zu § 39 Abs. 1a SGB V n. F.: Fehlversorgung durch Ausschöpfen von Entwöhnungspotentialen verhindern ( <i>Art. 1 Nr. 3a; 12</i> ).....	7
f)	Zu § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F.: Entwöhnungsbehandlung in verschiedenen qualifizierten Einrichtungen ermöglichen und mit der Ermittlung bzw. Deckung des Teilhabebedarfs verbinden ( <i>Art. 1 Nr. 12</i> ) .....	7
2.	Änderungen bei der medizinischen Rehabilitation .....	8
a)	Zu A. Problem und Ziel: Systematische Stellung der Neuregelungen zur medizinischen Rehabilitation ( <i>Art. 1 Nr. 4</i> ) .....	8
b)	Zu § 40 Abs. 2 SGB V n. F.: Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts ( <i>Art. 1 Nr. 4</i> ).....	9
c)	Zu § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V n. F.: Zugangsvereinfachungen zur Rehabilitation ( <i>Art. 1 Nr. 4b aa</i> ).....	9
d)	Zu § 40 Abs. 3 S.9 SGB V n. F.: Evaluation der neuen Zugangsregelung erweitern ( <i>Art. 1 Nr.4 b ee</i> ) .....	11
e)	Zu § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V n. F.: Dauer der geriatrischen Rehabilitation ( <i>Art. 1 Nr. 4 b bb</i> ).....	11
f)	Zu § 40 Abs. 3 S. 8 SGB V n. F.: Aufhebung der Vierjahresfrist für Kinder und Jugendliche ( <i>Art. 1 Nr. 4 b dd</i> ).....	11
g)	Zu §§ 111 Abs. 2 und 111c Abs. 2 SGB V n. F.: Leistungserbringungsrecht ( <i>Art. 1 Nr. 8b, 11b</i> ) .....	12
3.	Weiterer Änderungsbedarf.....	12
	Über die DVfR.....	13
	Quellen.....	14
	Anhang: Zur Zielgruppe mit Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung.....	15

## I. Vorbemerkung<sup>1</sup>

Der vorliegende Referentenentwurf (RefE) verfolgt unter anderem das Ziel, den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu vereinfachen, die Leistungen der Rehabilitation besser an die Bedarfe anzupassen, das Wunsch- und Wahlrecht zu stärken und den Leistungsanspruch für Kinder- und Jugendliche sowie die Versorgungssituation von Menschen mit Intensivpflegebedarf einschließlich Beatmungsbedürftigkeit zu verbessern. Diese Intentionen werden von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) nachdrücklich unterstützt. Die Abkoppelung der Vergütungsentwicklung von der Grundlohnsumme der Verzicht auf die Genehmigungspflicht beim Zugang zur geriatrischen Rehabilitation (bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung) sowie die Verbesserungen bei der Kinder- und Jugendrehabilitation werden als wichtige Schritte zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung mit Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen ausdrücklich von der DVfR begrüßt.

Die DVfR sieht jedoch kritisch, dass bei einigen Regelungen die Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs Neuntes Buch (SGB IX) nicht ausreichend berücksichtigt werden, so dass die Gefahr einer Aufweichung des gemeinsamen Rehabilitations- und Teilhaberechts besteht. So gibt es z. B. in § 38 SGB IX Regelungen zu einheitlichen Grundsätzen bzw. zu gemeinsamen Empfehlungen zu den Verträgen mit Leistungserbringern, die für alle Rehabilitationsträger gelten. Will man deren Umsetzung erreichen, bietet es sich an, dies im SGB IX, statt im SGB V zu regeln.

Die DVfR macht ihre Vorschläge dazu insbesondere im Hinblick auf die Wahrung der Teilhabeinteressen der Betroffenen: Denn es ist nach Auffassung der DVfR sicherzustellen, dass die Rechte von Menschen mit Behinderung nach dem SGB IX, hier insbesondere Teil I, zu denen regelhaft auch die Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf gehören, durch die Neuregelungen nicht beeinträchtigt, sondern ihre Teilhabechancen erhalten oder verbessert werden.

Zur Beurteilung des RefE weist die DVfR insbesondere auf folgende Aspekte hin:

- a. Die Bestimmung, nach der Intensivpflege regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen bzw. in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht werden muss, wird abgelehnt. Wenn diese Art der Pflege künftig nur noch im Pflegeheim stattfindet, heißt das für Betroffene, dass sie aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen und zum Umzug in eine stationäre Einrichtung gezwungen werden. Dies stellt eine Verletzung ihres Selbstbestimmungsrechts (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 19 der UN-BRK) und des Wunsch- und Wahlrechts (§ 33 S. 2 SGB I) dar.
- b. Auch Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf einschließlich der Beatmung haben einen Anspruch auf Leistungen zur Förderung ihrer Teilhabe. Hierzu fehlt im RefE jeder Ansatz. Die DVfR weist ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei der Gruppe von Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf um eine sehr heterogene Gruppe mit

---

<sup>1</sup> Die GKV weist darauf hin, dass eine Reihe der in dieser Stellungnahme vertretenen Positionen nicht mitgetragen werden können. Insofern wird auf die Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbands und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene verwiesen.

sehr differenziert zu betrachtenden Bedarfen handelt, die weit über die Gruppe der Menschen mit einer Beatmungs-Indikation hinausgeht, insbesondere mit Tracheostoma, neurologischen Erkrankungen etc. (s. Anhang). In der Regel besteht neben dem Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung auch ein Bedarf an Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie der sozialen Teilhabe. Dem muss bei der Gestaltung der intensivpflegerischen Betreuung unbedingt Rechnung getragen werden.

- c. Bei Menschen, die nach einem Krankenhausaufenthalt weiter beatmet werden, bedarf es nicht nur einer Einschätzung einer Entwöhnungsprognose, sondern auch der Erprobung einer Entwöhnung. In vielen Fällen bedürfen sie zudem aufgrund multipler Beeinträchtigung der Frührehabilitation bzw. Leistungen, die als intensivmedizinische Rehabilitation bezeichnet werden (vgl. Schönle et al., Intensivmedizinische Rehabilitation, 2017). Schon seit vielen Jahren werden solche Leistungen im Rahmen des § 39 SGB V oder als Phase B oder C der Neurologischen Rehabilitation in Krankenhäusern (Phase B) oder in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen (Phase C) erfolgreich erbracht. Insofern ist grundsätzlich eine umfassende Bedarfsermittlung im Hinblick auf Teilhabeleistungen einschließlich der dabei notwendigen Behandlungsleistungen durchzuführen. Dem unbestrittenen Mangel an entsprechenden Plätzen für die Frührehabilitation kann nicht durch reine Weaningstationen, die ausschließlich auf die Entwöhnungsbehandlung ausgerichtet sind, abgeholfen werden. Die Konzentration allein auf das Weaning greift zu kurz. Notwendige Kapazitäten für die Frührehabilitation sowie die intensivmedizinische Rehabilitation sind bedarfsgerecht zu schaffen.
- d. In Pflegeeinrichtungen, die Intensivpflege anbieten, sind auch Bedarfe an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen, vgl. § 40 Abs. 1 S. 2 SGB V. Dazu sind entsprechende Angebote zu etablieren, insbesondere ist von der Möglichkeit der mobilen Rehabilitation Gebrauch zu machen (vgl. Janssen et al., Rehabilitationsbedarf, 2018).
- e. In diesen Einrichtungen ist auch der Heil- und Hilfsmittelbedarf zu berücksichtigen. Hier gibt es z. T. erhebliche Versorgungsdefizite. Darauf hat die DVfR im Diskussionspapier ihres Fachausschusses Hilfsmittelversorgung bereits 2016 hingewiesen (vgl. DVfR, Außerklinische Beatmung, 2016) ebenso auf die Notwendigkeit einer teilhabeorientierten Heilmittelversorgung (DVfR, Heilmittel Positionspapier und Expertise, 2016).
- f. In der Einleitung zum RefE, auch in der Begründung, wird bei der Beschreibung der medizinischen Rehabilitation der Eindruck erweckt, dass für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein besonderer Begriff der medizinischen Rehabilitation zugrunde zu legen sei. Dies widerspricht der Gesetzeslage, nach der die medizinische Rehabilitation umfassend und für alle Träger einheitlich in § 42 SGB IX verbindlich definiert wird. Die DVfR fordert, dass im Gesetz durchgängig und eindeutig diese Definition des SGB IX verwendet wird.
- g. Neben der geriatrischen Rehabilitation gibt es auch andere Indikationen, bei denen eine Vereinfachung des Zugangs für die Patienten durch Genehmigungsverzicht nach Auffassung mancher Akteure sinnvoll ist. Der Genehmigungsverzicht sollte nach deren Auffassung zudem nicht nur bei der Vorlage vertragsärztlicher

Verordnungen, sondern generell auch für die Anschlussrehabilitation gelten.<sup>2</sup> Eine qualitativ unterschiedliche Versorgung von Menschen mit vergleichbaren erheblichen Beeinträchtigungen nach Indikationen sei nicht zu rechtfertigen.

## II. Stellungnahme im Einzelnen

### 1. Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege

#### a) Zu § 37 c Abs. 1 SGB V n. F.: **Verordnung durch besonders qualifizierte Vertragsärzte breiter fassen** (Art. 1 Nr. 2)

Der RefE sieht in § 37 c Abs. 1 SGB V n. F. vor, dass die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege künftig nur noch durch Vertragsärzt\*innen erfolgen darf, die für die Versorgung von Intensivpflegepatient\*innen besonders qualifiziert sind. In der Begründung zu dieser Neuregelung wird ausgeführt, dass eine entsprechende Qualifikation insbesondere bei Fachärzt\*innen für innere Medizin, für (pädiatrische) Pneumologie oder für Lungenheilkunde vorliege.

Dies stellt eine Engführung gegenüber der derzeitigen Praxis dar. Momentan wird häusliche Krankenpflege in Form der Intensivpflege häufig auch durch Neurolog\*innen, Ärzt\*innen für physikalische und rehabilitative Medizin, die in der Frührehabilitation tätig sind, Anästhesist\*innen und Hausärzt\*innen verordnet. Die Berücksichtigung dieser Fachgruppen sollte erhalten bleiben. Sie ist zum einen wichtig, um der jeweiligen Erkrankung Rechnung zu tragen (vgl. Anhang); zum anderen wird hierdurch sichergestellt, dass überhaupt ausreichend Ärzt\*innen für die Beurteilung der Entwöhnungsoptionen und die Verordnung von Intensivpflege zur Verfügung stehen.

Die DVfR fordert daher, dass in der Begründung zu § 37c Abs. 1 SGB V n. F. keine Engführung auf bestimmte Fachärzt\*innen erfolgt, sondern darauf hingewiesen wird, dass eine Verordnung auch durch andere Facharztgruppen sowie durch Hausärzt\*innen erfolgen kann, sofern diese über Erfahrung in der Betreuung von Intensivpflegepatient\*innen verfügen. Entsprechende Qualifikationsanforderungen können durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) formuliert werden.

Die DVfR macht zudem darauf aufmerksam, dass es seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erheblicher Anstrengungen bedarf, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags eine ausreichende Zahl qualifizierter Ärzt\*innen mit entsprechenden Kapazitäten nachzuweisen. Hier ist es voraussichtlich erforderlich, entsprechende Ermächtigungen zu erteilen sowie die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZE) in die Versorgung einzubeziehen, die z. T. solche Patienten bereits versorgen und über die dazu notwendigen Voraussetzungen verfügen.

Ferner fordert die DVfR, dass in den Richtlinien des G-BA nach § 92 SGB V auch Kriterien für eine wiederholte Prüfung des Bedarfs an Teilhabeleistungen festgeschrieben werden. Die dann folgende Bedarfsermittlung hat nach den gesetzlichen Bestimmungen des SGB IX, s. insbesondere § 13, zu erfolgen.

---

<sup>2</sup> Dies trägt auch die Rentenversicherung für ihre Rehabilitand\*innen nicht mit, vgl. auch Fußnote 1.

**b) Zu § 37c Abs. 2 SGB V n. F.: Kein Vorrang von Intensivpflege im Pflegeheim**  
(Art. 1 Nr. 2)

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

Menschen mit intensivpflegerischem Bedarf müssen damit in der Regel in die entsprechenden Einrichtungen umziehen. Dies stellt eine unzumutbare Einschränkung ihres Selbstbestimmungsrechts (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 19 der UN-BRK) und ihres Wunsch- und Wahlrechts (§ 33 S. 2 SGB I) dar. Darüber hinaus verstieße eine solche Regelung gegen den in § 3 SGB XI normierten Vorrang der häuslichen Pflege, der als Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch im Krankenversicherungsrecht gilt (vgl. z. B. §§ 39 Abs. 1 S. 2; 40 Abs. 2 S. 1 SGB V). Die tatsächliche häusliche Versorgung durch die Familien darf keinesfalls gefährdet werden.

Dabei muss insbesondere berücksichtigt werden, dass Menschen, die einer intensivpflegerischen Versorgung bedürfen, in der Regel zugleich auch Menschen mit Behinderungen i. S. d. § 2 SGB IX sind (s. Anhang). Sie haben ein Recht auf selbstbestimmte Teilhabe (vgl. § 1 SGB IX). Ihre besonderen Bedarfe sind bei der Krankenbehandlung zu berücksichtigen (vgl. § 2a SGB V und § 43 SGB IX). Es stellt sich die Frage, wie diesen Belangen im Pflegeheim Rechnung getragen werden kann. Derzeit gibt es beispielsweise zahlreiche Menschen mit Beatmung, die über eine gute pflegerische Versorgung zu Hause verfügen und mithilfe von Assistenzmodellen ein selbstbestimmtes Leben mit Ausbildung, Berufstätigkeit und sozialem Engagement führen. Dies wäre nicht mehr möglich, wenn sie künftig in einer – allein auf Pflege fokussierten – Pflegeeinrichtung leben müssten. Der RefE enthält keine Hinweise darauf, wie dem Recht auf Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bei der Unterbringung in einem Pflegeheim durch diesbezügliche Vorgaben für die Leistungserbringung und Qualitätskriterien einschließlich der Sicherstellung des Bezugs von Leistungen zur Teilhabe entsprochen wird. Die Regelungen in § 132i Abs. 6 SGB V n. F sind hierfür nicht hinreichend.

Neben dem Aspekt der fehlenden Teilhabemöglichkeiten in einem Pflegeheim muss außerdem berücksichtigt werden, dass das Pflegepersonal in einer stationären Einrichtung im Gegensatz zu dem persönlichen Umfeld des Menschen mit Behinderung nicht dessen individuelle, biografische und ggf. behinderungsbedingte Besonderheiten kennt und diesen dementsprechend meist schlechter Rechnung tragen kann. In der Regel haben Menschen mit Intensivpflegebedarf auch Schwierigkeiten in der Kommunikation und können fremden Personen ihre Bedürfnisse schwer verständlich machen. Dies gilt erst recht bei Menschen mit vorbestehender geistiger Behinderung, die ihre Situation nur schwer einschätzen und sich daher schlecht in einer durch Intensivpflege geprägten Umgebung orientieren können. Der Umzug aus der häuslichen Umgebung in eine stationäre Pflegeeinrichtung führt somit nicht zwangsläufig zu einer besseren, sondern häufig sogar zu einer schlechteren Versorgung des betroffenen Personenkreises und gefährdet ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die in vertrauter eigener Häuslichkeit mit langfristig vertrauten Menschen in der Regel deutlich leichter möglich ist. Die Eröffnung von Perspektiven sozialer Teilhabe auch bei Beatmung oder bei fortbestehender Behinderung hat eine hohe Bedeutung für die

Betroffenen und ihre Angehörigen und erweist sich als äußerst relevanter salutogenetischer Faktor.

Die DVfR fordert daher mit Nachdruck, dass bei einem intensivpflegerischen Bedarf nicht die Versorgung im Pflegeheim oder in einer Intensivpflege-Wohngemeinschaft i. S. d. § 132i Abs. 5 SGB V n. F. den Vorrang genießt, sondern dass sich Versicherte auch weiterhin gleichermaßen für die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder an sonst einem „geeigneten Ort“ entscheiden können. Die Definition des „geeigneten Orts“ sollte dabei § 37 SGB V entsprechen. Danach sind „geeignete Orte“ insbesondere betreute Wohnformen, Schulen, Kindergärten aber auch besondere Wohnformen i. S. d. SGB IX Teil 2 bzw. stationäre Einrichtungen i. S. d. § 43a SGB XI, Einrichtungen der Tagesstrukturierung, Werkstätten für behinderte Menschen sowie ggf. auch der Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es muss ferner klargestellt werden, dass der intensivpflegerische Bedarf auch in geeigneten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gedeckt werden kann.

**c) Zu § 37c Abs. 3 SGB V n. F.: Umfang der Leistungen der Pflegeeinrichtung erweitern und Kostenbelastung durch Versorgung im Pflegeheim vermeiden**  
(Art. 1 Nr. 2)

Der RefE bestimmt den Leistungsanspruch gegenüber dem Pflegeheim so, dass lediglich die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der medizinischen Behandlungspflege erfasst sind. Das greift für die Personengruppe mit Beatmungsbedarf zu kurz. Nach Auffassung der DVfR hat die Einrichtung in diesen Fällen auch sicherzustellen, dass die Erbringung von Heilmitteln sowie die Hilfsmittelversorgung durch Kooperationsverträge sichergestellt ist und dass regelhaft der Bedarf an anderen Teilhabeleistungen geprüft wird, vgl. dazu § 132i SGB V n. F. Ferner ist klarzustellen, dass ggf. auch Leistungen zur sozialen Teilhabe ergänzend erbracht werden können, sofern der Bedarf dafür bei der umfassenden Bedarfsermittlung festgestellt ist. Eine gesetzliche Beschränkung auf reine Pflegeleistungen darf es nach Auffassung der DVfR nicht geben. Dies würde bestehende Einrichtungen gefährden, die bereits kombinierte Leistungen anbieten. Die intensivpflegerische Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung soll – laut Begründung des RefE – nicht mit finanziellen Mehrbelastungen für Versicherte verbunden sein. Insofern ordnet § 37c Abs. 3 SGB V n. F. an, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, für medizinische Behandlungspflege und die notwendigen Investitionskosten umfasst. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in der vollstationären Einrichtung werden demgegenüber nur übernommen, wenn die Krankenkassen dies in ihren Satzungen vorgesehen haben.

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

Die DVfR fordert daher, dass im Falle einer vollstationären Versorgung in einem Pflegeheim auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung regelhaft übernommen werden.

**d) Zu § 132i SGB V n. F.: Fehlversorgung durch mehr Vorgaben und Qualitätskontrollen im Leistungserbringungsrecht verhindern (Art. 1 Nr. 14)**

Zwar ist die Intention des Gesetzgebers, eine qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten, nachvollziehbar. Gerade bei der ambulanten Intensivpflege von Beatmungspatient\*innen kam es in der Vergangenheit zu Fehlversorgungen auf Grund von Fehlanreizen in der Leistungserbringung. Allerdings ist auch die Versorgung in Pflegeheimen oft mangelhaft. Es ist bekannt, dass trotz aller Qualitätsvorgaben und Kontrollen regelmäßig gefährliche Pflege in Pflegeheimen vorkommt. Insofern ist allein durch einen Umzug in eine stationäre Einrichtung nicht automatisch eine bessere Intensivpflege gewährleistet.

Selbst wenn in Pflegeheimen regelhaft eine bessere Pflegequalität zu erwarten wäre, dürfte diese nicht mit einem Verzicht auf das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und dem Verlust der Teilhabemöglichkeit im vertrauten Umfeld erkauf werden. Die notwendige Qualität der Intensivpflege darf nur durch eine bessere Regulierung und Kontrolle der Leistungserbringung gesichert werden.

Insofern ist es zu begrüßen, dass der RefE die Neuregelung des § 132i SGB V n. F. im Leistungserbringungsrecht vorsieht, nach der die Krankenkassen und die Leistungserbringer bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen beispielsweise zur Qualität der Leistungserbringung, zum Personalschlüssel, zur Sicherstellung der Umsetzung von Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern als Basis der Leistungserbringung erarbeiten sollen.

Aus Sicht der DVfR sollte in den Rahmenempfehlungen, also auch für stationäre Pflegeeinrichtungen und Intensivpflege-Wohngemeinschaften,

- konkret festgelegt werden, dass regelmäßig (nach festzulegenden Kriterien) eine Bedarfsermittlung bzgl. weiterer Teilhabeleistungen erfolgt,
- in diesem Zusammenhang auch mögliche Leistungen der mobilen Rehabilitation geprüft werden,
- konkretisiert werden, dass unter nichtärztlicher Leistungserbringung insbesondere auch eine bedarfsgerechte teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung zu verstehen ist (vgl. dazu DVfR, Hilfsmittelversorgung, 2009),
- festgelegt werden, welche Anforderungen an diese Hilfsmittelversorgung unter dem Aspekt der Teilhabesicherung zu stellen sind.

Die Formulierung in § 132i Abs. 6 Nr. 2 SGB n. F. „rehabilitative Versorgung ...“ sollte gestrichen werden, da in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA eine rehabilitative Versorgung gerade nicht vorgesehen ist und die Heilmittelerbringung als Krankenbehandlung erbracht wird. In diesem Setting können die Heilmittel als Leistung gem. § 32 SGB V erbracht werden. Ferner ist zu regeln, wie die soziale Teilhabe durch die Pflegeeinrichtung bzw. den Pflegedienst selbst zu fördern ist.

Zudem reichen die nach der Heilmittel-Richtlinie möglichen Leistungen für eine bedarfsgerechte, auf die Teilhabe orientierte rehabilitative Versorgung häufig nicht aus. In der Rahmenrichtlinie sollten deshalb – unter der fachlichen Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) – die rehabilitativen Leistungsbestandteile losgelöst von der Heilmittel-Richtlinie definiert werden.

Es soll an dieser Stelle außerdem noch darauf hingewiesen werden, dass es für Pflegeeinrichtungen teilweise äußerst schwierig ist, im ambulanten Sektor Kooperationsvereinbarungen mit Ärzt\*innen und Therapeut\*innen abzuschließen, um die ärztliche und therapeutische Versorgung sicherzustellen, da für die Vertragsärzt\*innen und die Heilmittelerbringer keine gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung besteht. Außerdem ist das Prinzip der freien Arzt- und Therapeutenwahl zu berücksichtigen. Hier bedarf es verlässlicher und praktikabler Lösungen z. B. im Rahmen des Gesamtvertrags für den vertragsärztlichen Bereich oder der Rahmenvereinbarungen mit den Heilmittelerbringern.

**e) Zu § 39 Abs. 1a SGB V n. F.: Fehlversorgung durch Ausschöpfen von Entwöhnungspotentialen verhindern (Art. 1 Nr. 3a; 12)**

Auch die vorgesehenen Maßnahmen zur Unterstützung einer Beatmungsentwöhnung, sofern möglich und zielführend<sup>3</sup>, sind ein Schritt in die richtige Richtung.

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

Die DVfR fordert insofern eine ausdrücklichere Formulierung direkt im Gesetzestext.

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

**f) Zu § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F.: Entwöhnungsbehandlung in verschiedenen qualifizierten Einrichtungen ermöglichen und mit der Ermittlung bzw. Deckung des Teilhabebedarfs verbinden (Art. 1 Nr. 12)**

Die vorgesehene Änderung des § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F. wird grundsätzlich begrüßt. Danach sollen die Vertragsparteien auf Landesebene in den Verträgen über die Krankenhausbehandlung vorsehen, dass der Beatmungsstatus von Beatmungspatienten vor ihrer Entlassung durch eine hierfür qualifizierte Fachärztin oder einen Facharzt festgestellt wird. Laut Begründung soll mit dieser Bestimmung sichergestellt werden, dass

---

<sup>3</sup> Menschen mit bestimmten chronischen degenerativen Erkrankungen, wie z. B. Muskeldystrophien, verhilft die Beatmung zu Hause erst zu einem selbstbestimmteren normalisierten Leben. Eine Beatmungsentwöhnung ist bei diesem Krankheitsbild kaum möglich und nicht zielführend.

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

Aus Sicht der DVfR sollte sich der Zweck der Vorschrift aber auch hier noch klarer aus dem Gesetzeswortlaut ergeben, und nicht nur aus der Begründung. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Feststellung des Beatmungsstatus oft erst nach einer Erprobung einer Entwöhnung möglich ist. Deshalb sollte die Regelung auch einen Hinweis auf eine im Einzelfall erforderliche Erprobung enthalten.

Nach Auffassung der DVfR sollte zudem in der Begründung zu dieser Vorschrift klargestellt werden, dass die Entwöhnungsbehandlung nicht nur in spezialisierten Entwöhnungszentren von Krankenhäusern erfolgen kann, sondern dass hierfür alle Einrichtungen in Betracht kommen, die eine entsprechende Qualifikation aufweisen, z. B. auch Rehabilitationseinrichtungen. Beispielsweise wird die Beatmungsentwöhnung seit vielen Jahren unter anderem auch in neurologischen Rehabilitationskliniken durchgeführt, da der Beatmungspflicht häufig neurologische Erkrankungen zugrunde liegen. Die dort entwickelten Kompetenzen müssen weiterhin genutzt werden können.

Die neue Vorschrift ist dahingehend zu ergänzen, dass nicht nur die Feststellung des Beatmungsstatus erfolgt, sondern auch eine Ermittlung eines Bedarfs an Teilhabeleistungen. Dies entspricht den gesetzlichen Bestimmungen zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V.

Es wird daher der folgende Wortlaut des § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a SGB V n. F. vorgeschlagen:

*„... dabei ist auch vorzusehen, dass vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungszustands einschließlich einer Erprobung der Entwöhnung sowie eine Ermittlung eines Bedarfs an Leistungen der Frührehabilitation oder an Leistungen zur Teilhabe erfolgt und vorhandene Entwöhnungspotentiale voll ausgeschöpft werden, sofern dies dem Patientenwillen entspricht.“*

Die berechtigten Interessen der Betroffenen mit Trachealkanüle und/oder Beatmung und der Verbesserung ihrer Rehabilitationschancen durch ein Verschließen des Tracheostomas und Entwöhnung von der Beatmung dürfen keinesfalls durch reine wirtschaftliche Interessen verhindert werden. Die Genesung und die Fortschritte der Patient\*innen allein stehen im Mittelpunkt und nicht wirtschaftliche Erwägungen.

## **2. Änderungen bei der medizinischen Rehabilitation**

### **a) Zu A. Problem und Ziel: Systematische Stellung der Neuregelungen zur medizinischen Rehabilitation (Art. 1 Nr. 4)**

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

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

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

#### **b) Zu § 40 Abs. 2 SGB V n. F.: Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts (Art. 1 Nr. 4)**

Der RefE sieht in § 40 Abs. 2 SGB V n. F. vor, dass Versicherte, die sich für eine andere als die von der Krankenkasse bestimmte Rehabilitationseinrichtung entscheiden, nicht mehr die gesamten, sondern nur noch die Hälfte der Mehrkosten tragen müssen.

Die DVfR begrüßt die Intention des Gesetzgebers, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (§§ 8 SGB IX; 33 SGB I) zu stärken. Die Begrenzung der Pflicht zur Kostentragung auf die Hälfte erscheint jedoch willkürlich. Eine Kostenreduzierung auf null würde das Wahlrecht der Versicherten noch besser stärken. Dabei weist die DVfR darauf hin, dass der Versicherte die Mehrkosten zur Zeit nur dann zu tragen hat, wenn er eine Einrichtung auswählt, obwohl die Krankenkasse die berechtigten Wünsche nach § 8 SGB IX berücksichtigt hat. In der Praxis ist dieser Punkt jedoch oft streitig.

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

#### **c) Zu § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V n. F.: Zugangsvereinfachungen zur Rehabilitation (Art. 1 Nr. 4b) aa)**

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

Die DVfR begrüßt die Intention des Gesetzgebers, mit dieser Änderung dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ und zugleich der Förderung der selbstbestimmten Teilhabe auch im Alter Rechnung zu tragen. Durch einen schnelleren Zugang zur Rehabilitation – so die allgemeine Erwartung – kann voraussichtlich erreicht werden, dass deutlich mehr ältere Menschen mit entsprechendem Bedarf tatsächlich solche Leistungen erhalten.

Inkonsistent ist, dass sich die Regelung ausschließlich auf die vertragsärztliche Versorgung bezieht und die Anschlussrehabilitation nicht ausdrücklich mit einbezieht.

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

Darüber hinaus muss es möglich bleiben, Rehabilitationsleistungen auch ohne Verordnung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zu beantragen. Dies könnte durch einen Zusatz klargestellt werden: *„Die Pflichten der Krankenkassen als Rehabilitationsträger sowie die Rechte des Versicherten nach § 19 des Vierten und Neunten Buch des Sozialgesetzbuches bleiben unberührt.“*

Schließlich weist die DVfR in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass nicht nur ältere Menschen einen besonders hohen und dringlichen Rehabilitationsbedarf aufweisen. Dies trifft unter anderem auch auf Patienten mit schweren neurologisch bedingten Beeinträchtigungen sowie auf einige andere Personengruppen zu, die z. B. Leistungen der Frührehabilitation wegen schwerer multipler Erkrankungen und Syndrome erhalten haben. Der Pflegebedarf kann auch bei diesem Personenkreis durch einen vereinfachten Zugang zu Rehabilitationsleistungen reduziert oder verhindert werden.

Die DVfR fordert daher, dass die medizinische Erforderlichkeit der ärztlich verordneten Rehabilitation nicht mehr seitens der Krankenkasse überprüft wird, wenn bei der oder dem Betroffenen eine schwergradige Beeinträchtigung und ein dringlicher Rehabilitationsbedarf unzweifelhaft bestehen und durch entsprechende Befundermittlung einschließlich Assessmentinstrumenten nachvollziehbar dokumentiert sind. Entsprechende Vorgaben können im Rahmen der BAR unter Beteiligung des G-BA vereinbart werden. Dabei sind insbesondere die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

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

Die DVfR weist zudem darauf hin, dass der Zugang zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V n. F. zu einem Anstieg von Rehabilitand\*innen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und damit zu Versorgungsengpässen führen kann, wenn der erhöhten Nachfrage ein zu geringes Angebot von Leistungserbringern gegenübersteht. Da dieser Effekt einer erhöhten Nachfrage erwünscht ist, sollten rechtzeitig Kapazitätsanpassungen vorgesehen werden. Zudem ist Voraussetzung für den Erfolg dieser neuen Regelung, dass in allen Bundesländern ausreichend Angebote zur geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V vorhanden sind. Dies ist derzeit in einigen Bundesländern nicht der Fall. Dort geht die Gesetzesänderung ins Leere.

**d) Zu § 40 Abs. 3 S.9 SGB V n. F.: Evaluation der neuen Zugangsregelung erweitern**  
(Art. 1 Nr.4 b) ee))

Die DVfR begrüßt die vorgesehene Evaluation der neuen Zugangsregelung, um eventuell eintretende Fehlentwicklungen schnell erkennen und ggf. gegensteuern zu können. Gegenstand der Evaluation sollte auch die Bedarfsgerechtigkeit der Leistungsangebote sein. Sollte es nämlich zu einer Unterversorgung kommen, weil zu wenige Rehabilitations-einrichtungen für die Rehabilitand\*innen zur Verfügung stehen, muss eine Kapazitätsanpassung erfolgen.

**e) Zu § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V n. F.: Dauer der geriatrischen Rehabilitation**  
(Art. 1 Nr. 4 b) bb))

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

Die DVfR begrüßt diese Regelung, nicht zuletzt deshalb, da ältere Rehabilitand\*innen oft eine längere Adaptionzeit an die rehabilitativen Therapien und deren Reizsetzung benötigen. Es kommt dennoch immer zu kürzeren Bewilligungszeiten, insbesondere im Bereich der ambulanten und der mobilen Rehabilitation. Die DVfR sieht aber auch hier den Bedarf, sie über die Fälle der geriatrischen Rehabilitation hinaus auszuweiten. Durch die jetzige Formulierung, die eine Behandlungsdauer von 20 Tagen bzw. drei Wochen durch das Wort „längstens“ als Obergrenze definiert, wird die Behandlungszeit zu stark limitiert. Das gilt nicht nur für die geriatrische Rehabilitation, sondern für zahlreiche Rehabilitationsleistungen, bei denen ein Bedarf an mindestens 20 Tagen Rehabilitationsdauer besteht. Die DVfR weist darauf hin, dass die bisher den Krankenkassen in § 40 SGB V gesetzlich zugestandene Gestaltungsmöglichkeit erhalten bleiben muss, in Leitlinien auch eine über die Regelbehandlungsdauer hinausgehende Behandlungsdauer zu definieren.

Die DVfR verweist zugleich darauf, dass vielfach eine Flexibilisierung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation gefordert wurde. Deshalb sollte bei den Versorgungsverträgen mit den Einrichtungen die Möglichkeit eingeräumt werden, im Rahmen einer Konzeption der Flexibilisierung von den Regeldauern abzuweichen, insbesondere wenn eine Kombination von stationärer und ambulanter Rehabilitation (einschließlich mobiler Rehabilitation) vorgesehen ist.

**f) Zu § 40 Abs. 3 S. 8 SGB V n. F.: Aufhebung der Vierjahresfrist für Kinder und Jugendliche**  
(Art. 1 Nr. 4 b) dd))

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

Die Änderung wird begrüßt. Sie entspricht der Regelung zur Kinderrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, die durch das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) eingeführt wurde (vgl. § 15a SGB VI).

Die DVfR fordert aber darüber hinaus, dass die Vorschriften des SGB V und des SGB VI für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation auch hinsichtlich des weiteren Anspruchsinhalts angeglichen werden. So sollte z. B. die Altersgrenze für den Anspruch auf Kinder- und Jugendrehabilitation einheitlich gestaltet werden, so dass junge Erwachsene mit Behinderungen, die nicht selbst für ihren Unterhalt sorgen können, sowohl im Rentenversicherungsrecht als auch im Krankenversicherungsrecht bis zum 27. Lebensjahr die Leistung zu den vergünstigten Konditionen erhalten können (vgl. für das Rentenversicherungsrecht §§ 15a Abs. 3 S. 2 i. V. m. 48 Abs. 4 Nr. 2d SGB VI).

**g) Zu §§ 111 Abs. 2 und 111c Abs. 2 SGB V n. F.: Leistungserbringungsrecht**  
(Art. 1 Nr. 8b, 11b)

Der RefE sieht in §§ 111 Abs. 2 und 111c Abs. 2 SGB V n. F. vor, dass der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer sowohl für den Bereich der stationären als auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitation auf Bundesebene einheitliche Versorgungsverträge schließen.

Die DVfR begrüßt die gesetzgeberische Intention, mehr Transparenz bei den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zu schaffen und bundesweit verbindliche Rahmenverträge sicherzustellen. Sie weist jedoch darauf hin, dass es – anders als auf Seite 14 des RefE beschrieben – bereits jetzt einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen für Versorgungs- und Vergütungsverträge, beispielsweise die gemeinsamen Empfehlungen und Vereinbarungen zur medizinischen Rehabilitation auf der Ebene der BAR gibt. Vorgaben dazu finden sich ferner in § 38 SGB IX.

Um die Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts zu wahren, sollte die Änderung einschließlich der Schiedsstellenregelung deshalb im trägerübergreifenden Recht des SGB IX vorgenommen werden. Hierzu bestehen innerhalb der DVfR jedoch unterschiedliche Positionen.

### **3. Weiterer Änderungsbedarf**

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

Umso wichtiger ist die Begleitung und Unterstützung durch nahestehende Personen oder persönliche Assistenten. Bislang ist für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson die Zahlung einer Pauschale von 45 Euro am Tag vorgesehen.<sup>4</sup> Dies reicht zur Finanzierung der Unterkunft und Verpflegung einer Privatperson.

Fehlt es aber an einem primären sozialen Netz aus Angehörigen und Freund\*innen, die während des Aufenthalts Unterstützung bieten können, oder kann der Pflege- bzw.

---

<sup>4</sup> § 11 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 2 der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz v. 16.09.2004, abzurufen unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Assistenzbedarf nur durch eine Fachkraft gedeckt werden, kommt es zu Problemen. Lebt ein Mensch mit Behinderung beispielsweise in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, wird die benötigte Unterstützungsleistung häufig durch deren Personal erbracht. Der Verdienstausschlag der Mitarbeiter\*innen während der Begleitung kann mit der Pauschale aber nicht ausreichend vergütet werden.

Zurzeit wird nur für diejenigen Menschen mit Behinderungen, die ihr Pflegepersonal selbst als Arbeitgeber\*in beschäftigen, die Betreuung durch eine Fachkraft während eines stationären Rehabilitationsaufenthalts weiterfinanziert (vgl. § 34 Abs. 2 S. 2 SGB XI; § 63b Abs. 4 SGB XII). Menschen mit einer geistigen oder schweren mehrfachen Behinderung ist es aber oftmals nicht möglich, das Arbeitgebermodell zu wählen. Die bisherigen Regelungen über Krankenhauszusatzentgelte haben hier keine Wirkungen entfaltet.

Die DVfR fordert daher, dass die Mitnahme und die Betreuung durch eine Fachkraft bei einer stationären Rehabilitation für alle Menschen mit geistiger oder schwerer mehrfacher Behinderung mit hohem Unterstützungsbedarf analog der Regelung für Assistenz im Arbeitgebermodell finanziert wird, sofern dies erforderlich ist, um den Erfolg der Rehabilitationsleistung zu erreichen.

Heidelberg, September 2019

**Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann**

Vorsitzender der DVfR

## **Über die DVfR**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

## Quellen

*DVfR*: Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln – Lösungsoptionen der DVfR, 2009, abrufbar unter

[https://www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR\\_L%C3%B6sungsoptionen\\_Hilfsmittelversorgung\\_Okt.\\_2009.pdf](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_L%C3%B6sungsoptionen_Hilfsmittelversorgung_Okt._2009.pdf) (abgekürzt: DVfR, Hilfsmittelversorgung, 2009)

*DVfR*: „Positionspapier: Heilmittel fördern selbstbestimmte Teilhabe“ und „Expertise: Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion“, 2016, abrufbar unter <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/dvfr-legt-vorschlaege-fuer-teilhabeorientierte-heilmittelversorgung-vor-1/> (abgekürzt: DVfR, Heilmittel Positionspapier und Expertise, 2016)

*DVfR*: Empfehlungen zur Verbesserung der teilhabeorientierten Versorgung und Rehabilitation für Menschen mit außerklinischer Beatmung – Diskussionspapier des DVfR-Fachausschusses „Aktuelle Probleme der Versorgung mit Hilfsmitteln“, März 2016, abrufbar unter

[https://www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Diskussionspapier\\_der\\_DVfR\\_zur\\_au%C3%9Ferklinischen\\_Beatmung\\_M%C3%A4rz\\_2016\\_.pdf](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Diskussionspapier_der_DVfR_zur_au%C3%9Ferklinischen_Beatmung_M%C3%A4rz_2016_.pdf) (abgekürzt: DVfR, Außerklinische Beatmung, 2016)

*Janssen H et al.*: Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege. Studie im Auftrag des BMG (2018), abrufbar unter:

[www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht\\_MoGeRe\\_10\\_Sept\\_2018.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Schlussbericht_MoGeRe_10_Sept_2018.pdf), Stand 14. Juni 2019 (abgekürzt: Janssen et al., Rehabilitationsbedarf, 2018)

*P. W. Schönle, J. Beyer, M. Bredehorst, S. Grotkamp, V. Brahner, W. Seger, W. Cibis, A. Badke, S. Weinbrenner* (Projektgruppe des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR): Intensivmedizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten in Neurol Rehabil 2017; 23 (3): 249-255 (abgekürzt: Schönle et al., Intensivmedizinische Rehabilitation, 2017)

## **Anhang: Zur Zielgruppe mit Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung**

Die Personengruppe, die einen Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung haben kann, ist heterogen und deutlich größer als die der beatmungspflichtigen Patienten bei Lungenerkrankungen. Sie umfasst Patienten z. B. der Neurologie, Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Kardiochirurgie, Kardiologie, Pulmologie oder Gastroenterologie. Dazu gehören Patienten mit dauerhaftem oder zumindest längerfristigem Intensivpflegebedarf z. B. mit:

- Beatmung/Langzeitbeatmung/Tracheostoma auf Grund von Erkrankung/Schädigungen des respiratorischen Systems
- Beatmung/Langzeitbeatmung /Tracheostoma bei neurologischen Erkrankungen bzw. Schädigungen (z. B. Muskeldystrophie, ALS, anderen Systemerkrankungen, s. u.)
- schweren Polytraumata (mit Multiorganverletzungen/-versagen)
- schweren 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 zentralen 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,

Diese Gesundheitsstörungen gehen oft einher mit ausgeprägten Beeinträchtigungen der Autonomie und Teilhabe aufgrund schwerer Schädigungen der Motorik und der spezifischen mentalen Funktionen, wie z. B.:

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

Bei diesen Patientengruppen besteht zudem nach der Akutbehandlung häufig ein Bedarf an Frührehabilitation oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Ein Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation kann auch im weiteren Verlauf eintreten. Neben einem hohen Pflegebedarf bis hin zur Intensivpflege besteht häufig ein Bedarf an Leistungen zur sozialen Teilhabe sowie in einigen Fällen auch an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.