

**Stellungnahme der Geschäftsstelle
des Deutschen Vereins zum Refer-
entenentwurf der Bundesregie-
rung für ein Gesetz zur Stärkung
von Rehabilitation und intensiv-
pflegerischer Versorgung in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stär-
kungsgesetz – RISG)**

Stellungnahme (DV 19/19) vom 21. August 2019.



Deutscher Verein

für öffentliche und
private Fürsorge e.V.

Inhalt

1. Zusammenfassende Bewertung der geplanten Änderungen	3
2. Zu ausgewählten vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen:	
Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	4
2.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – § 40 Abs. 3, Einfügung nach Satz 1 und im neuen Satz 6	4
2.1 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – § 111, Abs. 5 sowie Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen – § 111c, Abs. 3	5
3. Abschließende Bemerkungen	5

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 14. August 2019 den Referentenentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Bitte um Stellungnahme bis zum 6. September 2019 übersandt. Da aufgrund der Frist zur Abgabe der Stellungnahme eine Beschlussfassung im Präsidium des Deutschen Vereins nicht möglich war, erfolgt nachstehend – vorbehaltlich weiterer Äußerungen durch das Präsidium – eine Stellungnahme der Geschäftsstelle zu ausgesuchten Regelungen der in Artikel 1 des Entwurfs vorgesehenen Änderungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Stärkung von Rehabilitation.

1. Zusammenfassende Bewertung der geplanten Änderungen

Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege zu stärken, ist seit vielen Jahren eine pflege- und gesundheitspolitische Forderung an die Politik. Gerade im Hinblick auf die deutlich ansteigende Zahl hochaltriger Personen und die Alterung der Bevölkerung insgesamt sollten gesundheitspolitisch alle Anstrengungen unternommen werden, so lange wie möglich Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern durch Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Gerade bei älteren Menschen können bereits geringe körperliche oder psychische Beeinträchtigungen einen relativ hohen Autonomieverlust nach sich ziehen.¹ Die geriatrische Rehabilitation, insbesondere auch in Form der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation, hat daher für eine wachsende Bevölkerungsgruppe eine hohe Bedeutung bezogen auf den Erhalt oder die Wiedererlangung von Selbstständigkeit und eigenständiger Bewältigung des Alltags.

Der Deutsche Verein begrüßt daher ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, die medizinische Rehabilitation zu stärken.² Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ kann medizinische Rehabilitation helfen, Pflegebedürftigkeit abzuwenden, hinauszuzögern oder ihre Verschlimmerung zu verhindern. Sie kann außerdem dazu beitragen, trotz Pflegebedürftigkeit Teilhabe zu erhalten, wiederzuerlangen oder zu verbessern. Für ältere Menschen ist eine frühzeitige geriatrische Rehabilitation wichtig, da sie bereits durch geringfügige gesundheitliche Beeinträchtigungen stark in ihrer Selbstständigkeit und in ihren Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt werden können.

Um die rehabilitativen Bedarfe von pflegebedürftigen Menschen zu verwirklichen, ist ein regional abgestimmtes Netz mobiler, ambulanter und stationärer, sozialraumorientierter Rehabilitationsangebote vorzuhalten, das gegenwärtig so noch nicht existiert.³ Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins gibt zu bedenken, dass die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Änderungen voraussichtlich noch nicht ausreichen werden, dieses Ziel zu erreichen. Hier wird erneut auf die Anregung des Deutschen Vereins verwiesen, gesetzgeberisch zu

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Dr. Anna Sarah Richter.

1 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, NDV 2011, 411–413.

2 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, NDV 2011, 411.

3 Ebenda.

konkretisieren, dass Angebote zeit- und wohnortnah zur Verfügung stehen müssen und dass zur Qualität aller Angebote auch eine sozialraum- und teilha-beorientierte Ausrichtung gehört.⁴

Nach Ansicht der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins ist kritisch anzumerken, dass im Teil A Problem und Ziel des Referentenentwurfs die Aufgaben medizinischer Rehabilitation sehr eng auf Körperfunktionen, die daran anknüpfenden Aktivitäten und das Zurechtfinden im Alltag gefasst wird. Wünschenswert wäre hier eine Orientierung an der umfassenden Förderung selbstbestimmter Teilha-be im Sinne der UN-BRK.⁵

2. Zu ausgewählten vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen: Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – § 40 Abs. 3, Einfügung nach Satz 1 und im neuen Satz 6

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation von der Krankenkasse nicht überprüft wird. Voraussetzung für die vertragsärztliche Verordnung ist die Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungs-instrumente. Damit soll das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen erleichtert werden und die Versicherten sollen so einen schnelleren Zugang zur Leistung erhalten. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt, dass mit dieser Regelung ein zusätzlicher Zugangsweg zur geriatrischen Rehabilitation geschaffen wird, mit dem das Verfahren beschleunigt werden kann. Gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ist der frühestmögliche Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen wichtig, da Verzögerungen zu einer später nicht mehr zu kompensierenden Verschlechterung des gesamten Zustands führen können.

Ebenso wichtig ist es, dass die geriatrisch-rehabilitative Behandlung ausreichend lange erfolgt, damit die Ziele erreicht werden können und es nicht zu Behandlungslücken aufgrund von notwendigen Folgeanträgen und Genehmigungsverfahren kommt. Vor diesem Hintergrund wird die Ergänzung im neuen Satz 6, dass Leistungen der geriatrischen Rehabilitation in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden sollen, ebenfalls begrüßt.

⁴ Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 76.

⁵ Ebenda, S. 70.

2.1 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – § 111, Abs. 5 sowie Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen – § 111c, Abs. 3

Der Referentenentwurf sieht vor, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 für die Vereinbarung von Vergütungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht gelten soll. Durch höhere Vergütungen können Einrichtungen Mehrausgaben finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeitenden entstehen. Klargestellt werden soll damit, dass die tarifvertraglich vereinbarte Entlohnung der Beschäftigten nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt die damit gegebene Möglichkeit der Verbesserung der Vergütung von Mitarbeitenden in Rehabilitationseinrichtungen und die Stärkung tariflicher Vergütungen.

3. Abschließende Bemerkungen

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins erkennt an, dass der Referentenentwurf einen weiteren Schritt in Richtung einer Stärkung der medizinischen Rehabilitation insbesondere für ältere und pflegebedürftige Menschen darstellt. Sie gibt jedoch zu bedenken, dass weitere Maßnahmen notwendig sein werden, um das Potenzial medizinischer Rehabilitation für ältere und pflegebedürftige Menschen besser als bisher auszuschöpfen. So gilt es u.a. die Beratung zur Rehabilitation weiter zu intensivieren und immer noch vorhandene mentale Einstellungsbarrieren gegenüber Rehabilitation im Alter und bei Pflegebedürftigkeit abzubauen. Der Ausbau einer flächendeckenden, wohnortnahen und kultursensiblen Versorgung durch ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sollte ebenso wie der Ausbau von Angeboten mobiler Rehabilitation weiter vorangetrieben werden. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins bekräftigt damit die Forderung, dass Rehabilitationsangebote zeitlich und örtlich zu flexibilisieren und individualisiert und kultursensibel auszugestalten sind. Nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme sind individuell auszuwählende mittel- bis langfristige Maßnahmen, die gesteuert und koordiniert werden, erforderlich, um den Erfolg der Rehabilitation zu sichern (z.B. mobile Rehabilitation zum Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme, um die Einbettung ins soziale Umfeld zu sichern).⁶

Mobile medizinische (geriatrische) Rehabilitationsangebote sind u.a. für ältere demenzerkrankte Menschen und ihre Angehörigen eine große Hilfe zum Erhalt der Lebensqualität.⁷ Menschen mit Demenz benötigen ambulante Rehabilitationsangebote, denn eine vertraute Umgebung ist für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen entscheidend und erleichtert die Entscheidung für eine rehabilitative Maßnahme. Nur wenn ein ausreichendes, wohnortnahes Angebot an geriatrisch-rehabilitativer Versorgung besteht, kann der bestehende Rechtsan-

⁶ Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 77.

⁷ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Unterstützung und Betreuung demenziell erkrankter Menschen vor Ort, NDV 2011, 437.

spruch auf Rehabilitation auch eingelöst werden. Insbesondere für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen ist es geboten, die Möglichkeiten und das Potenzial (mobiler) geriatrischer Rehabilitation sehr viel stärker als bisher auszuschöpfen. Darüber hinaus regt die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins an, sozial- und budgetrechtliche Anreize zur besseren Verzahnung von akutgeriatrischer und rehabilitativ-geriatrischer Versorgung zu schaffen, da ältere pflegebedürftige Patienten häufig beides zugleich brauchen.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de