



Bundesarbeitsgemeinschaft der
Senioren-Organisationen e.V.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren Organisationen e.V.

zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensivpflegerischen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege Stärkungsgesetz – RISG)

Übergreifende Einschätzung

Die Stärkung der geriatrischen Rehabilitation, wie die BAGSO sie auch in ihrem Positionspapier „Stärkung und Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung“¹ fordert, ist ausdrücklich zu begrüßen. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ wird so gestärkt, Pflegebedarf kann durch gezielte Rehabilitation vermieden, hinausgezögert oder Fortschreiten verhindert werden.

Wichtig ist, dass die neuen Regelungen nicht dazu führen, dass per se bei Menschen fortgeschrittenen Lebensalters eine geriatrische Rehabilitation vorrangig ist, sondern stets abgewogen werden muss, ob eine indikationsspezifische Maßnahme bedarfsgerechter ist.

Zu befürworten ist ferner, dass sowohl die Qualität der Intensivpflege verbessert als auch einer Fehlversorgung in der außerklinischen Versorgung vorbeugt werden soll. Daher ist es begrüßenswert, dass nunmehr „Intensivpflege-Wohngemeinschaften“ den stationären Einrichtungen im Hinblick auf die zu erfüllenden Qualitätsstandards gleichgestellt werden.

Allerdings muss auch in Zukunft die Pflege beatmungspflichtiger Patientinnen und Patienten zu Hause ermöglicht werden. Die häusliche Pflege darf nicht die Ausnahme, sondern muss die Regel sein, wenn die Versorgung zu Hause von Betroffenen gewünscht wird und ermöglicht werden kann. Es darf nicht zum Regelfall werden, dass Intensivpflege nur noch in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Wohneinheiten nach dem neuen § 132i SGB V erbracht wird. Die Maßgabe, die ambulante Versorgung der stationären insbesondere bei persönlicher Präferenz vorzuziehen, darf sich nicht nur auf Bereiche konzentrieren, wo hierdurch Kosteneinsparungen zu erwarten sind.

¹ https://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Positionen/2018/_8_seiter_bagso_positionspapier_geriatrie_03122018.pdf

Zu folgenden Punkten wird detailliert Stellung genommen:

Beschleunigung des Genehmigungsverfahrens für die geriatrische Rehabilitation (zu Artikel 1 Nr. 4 b) aa))

Erfreulich sind die Neuregelungen zur geriatrischen Rehabilitation. Vertragsärzte können eine geriatrische Rehabilitation nun deutlich einfacher verordnen. Wir erhoffen uns, dass dadurch zukünftig mehr Patientinnen und Patienten von einer geriatrischen Rehabilitation profitieren werden. Erfreulich ist auch, dass das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse erleichtert und beschleunigt wird, da die Krankenkasse nun nicht mehr die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation überprüft. Die Nutzung geeigneter Abschätzungsinstrumente für den Rehabilitationsbedarf durch die Vertragsärzte erscheint sinnvoll. Vermieden werden sollte im Einzelfall ein Streit darüber, welches Abschätzungsinstrument für die Indikationsstellung geeignet ist, da sich dies zulasten des beschleunigten Genehmigungsverfahrens auswirken würde.

Da viele der geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen sog. Anschlussheilbehandlungen sind, wird es in Zukunft häufiger zu einer Behandlungskontinuität kommen, was für die Betroffenen eine wichtige Verbesserung der geriatrischen Versorgung bedeutet.

Vereinheitlichung der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen (zu Artikel 1 Nr. 4b) bb))

Die Neuregelung sieht vor, dass die geriatrische Rehabilitation i.d.R. nicht weniger als 20 Behandlungstage (ambulant) bzw. drei Wochen (stationär) umfassen soll. Das ist gerade für die geriatrische Rehabilitation sachgerecht und wichtig. Die Rehabilitationszeit wird damit kalkulierbar, Kürzungen der Dauer der Rehabilitationsmaßnahme bei der Genehmigung sind somit in Zukunft ausgeschlossen. Es muss berücksichtigt werden, dass gerade bei älteren (geriatrischen) Patientinnen und Patienten Genesungs- und Rehabilitationsprozesse länger dauern können. Es muss deshalb sichergestellt sein, dass schon im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme eine Verlängerung verordnet werden kann, wenn dadurch weitere gesundheitliche Verbesserungen für die geriatrischen Rehabilitanden erreicht werden können.

Zusätzlich sollte es zukünftig eine niedrighschwellige Möglichkeit geben, mobile (d.h. zugehende) Rehabilitation bedarfspezifisch auch als Kurzintervention zu verordnen. Wenn bestimmte Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung zuhause wiedererworben oder erhalten werden können, so erhöht das die Lebensqualität der Betroffenen und trägt zudem zur Entlastung der Pflegeversicherung bei. Die mobile Rehabilitation ist daher unbedingt zu fördern und auszubauen.

Bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen (zu Artikel 1 Nr. 4 b) dd))

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, (auch öfter) krank zu werden. Genesungserfolge können kürzer andauern. Unterschiedliche Krankheiten können sich unabhängig voneinander und zu verschiedenen Zeiten zeigen, ebenso wie Multimorbidität. Dies kann mit sich bringen, dass in relativ kurzer Zeit wiederholt Leistungen der Rehabilitation erbracht werden müssen. Deshalb sollte – wie bei Versicherten unter 18 Jahren – auch für ältere Menschen der Grundsatz aufgehoben werden, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnliche Leistungen erbracht werden können. Hierdurch würde für ältere Menschen eine Hürde für eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen beseitigt.

Zusatzkosten (zu Artikel 1 Nr. 4a))

Erfreulich ist zwar, dass antragstellende Patientinnen und Patienten wesentlich weniger Zahlungen leisten müssen, wenn sie sich für eine andere Vertragsklinik als die zugeordnete entscheiden. Wir fordern allerdings, dass keine Zusatzkosten für Betroffene entstehen, die begründen können, warum sie eine andere Vertragsklinik bevorzugen, solange ein Versorgungsvertrag besteht.

Schlussbemerkungen

Insgesamt muss die Finanzierung der Rehabilitation verbessert werden.

Neben der Erweiterung des Angebots der geriatrischen und der mobilen Rehabilitation müssen Anreize geschaffen werden, bedarfsgerechte Angebote für pflegende Angehörige auszuweiten. Wenn aufgrund ausreichender Kapazitäten und des beschleunigten Genehmigungsverfahrens sich Leistungen der geriatrischen Rehabilitation (als Anschlussheilbehandlung) unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen können, dann führt dies zu weniger Versorgungsunterbrechungen. Wartezeiten, wie sie heute oft üblich sind, gefährden den Behandlungserfolg und den Grundsatz „Reha vor Pflege“.

Das patientenbezogene Rehabilitationsziel sollte leitend für die Form der Rehabilitation sein, nicht der Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationärer vor mobiler Rehabilitation.

Berufstätige werden oft von ihrer Rentenversicherung bei der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen unterstützt. Für die Gruppe der Rentnerinnen und Rentner gilt dies nicht in gleichem Maße. Sie brauchen eine andere Form der Stärkung. Dies gilt insbesondere, wenn ihr Hausarzt keine rehabilitativen Leistungen beantragt, die Betroffenen sich aber von einer Rehabilitation eine Verbesserung ihrer Lebenssituation versprechen. Daher fordern wir, dass für ältere Patientinnen und Patienten ein gesetzlicher Anspruch auf die Unterstützung der Beantragung und Prüfung zur Rehabilitationsfähigkeit etabliert wird.