

Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)

zum

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

Stand: 6. September 2019

I Vorbemerkung:

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) nimmt in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Folgenden zu ausgewählten Vorschriften des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) Stellung.

Die Medizinischen Dienste verfügen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege über entsprechende Praxiserfahrungen aus der Qualitätsprüfung und aus der Begutachtung des Erfordernisses einer speziellen Krankenbeobachtung sowie Hilfsmittelbegutachtung z.B. bei beatmeten und tracheotomierten Versicherten. Im Bereich der Indikationsstellung zur Medizinischen Rehabilitation bestehen ebenfalls umfassende Erfahrungen aus der Begutachtung von Rehabilitationsanträgen und zur Feststellung von Rehabilitationsbedarf in der Pflegebegutachtung. Vor diesem fachlichen Hintergrund unterstützen die Medizinischen Dienste grundsätzlich sowohl die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgten Ziele einer Qualitätsverbesserung der außerklinischen Intensivpflege als auch die beabsichtigten Erleichterungen beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation. An einigen Stellen im Gesetzentwurf besteht aus unserer Sicht allerdings der Bedarf für Klarstellungen oder Veränderungen im Detail, auf den wir im Folgenden eingehen.

Mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege nimmt der Gesetzgeber erstmals den gesamten Versorgungspfad im Bereich der Intensivpflege – von der Krankenhausbehandlung über die Beatmungsentwöhnung bis hin zu einer qualitätsgesicherten spezialisierten außerklinischen Intensivversorgung – in den Blick. Der Fokus liegt dabei auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem intensivpflegerischen und insbesondere beatmungspflegerischen Versorgungsbedarf. Aufgrund der derzeitigen strukturellen Rahmenbedingungen werden Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden Weaning- oder Dekanülierungspotenzial häufig in die außerklinische Intensivpflege entlassen, obwohl das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung nicht ausgeschöpft worden ist. Der vorgelegte Referentenentwurf sieht eine Vielzahl von Regelungen vor, mit denen bestehenden Fehlanreize, die zu einer unsachgemäßen außerklinischen Versorgung von Beatmungspatienten führen, begegnet und die Versorgungsqualität grundlegend verbessert werden soll. Dies bewerten die Medizinischen Dienste im Hinblick auf die zu versorgenden Versicherten als richtigen und notwendigen Schritt zur Qualitätsverbesserung.

Die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf werden in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt. Besonders positiv ist dabei zu bewerten, dass der Gesetzgeber in diesem Entwurf die Qualitätsaspekte der außerklinischen Intensivpflege ins Zentrum rückt und diese durch ein Bündel an Maßnahmen absichert. Zu überlegen wäre, ob die Bezeichnung "Außerklinische Intensivversorgung" gewählt werden könnte, um neben den besonderen Aspekten der Pflege auch die Belange der ärztlichen Versorgung zum Ausdruck zu bringen.

Die bisherigen Erfahrungen aus Qualitätsprüfungen der MDK in ambulanten Pflegediensten, die Personen mit dem Bedarf an spezieller Krankenbeobachtung versorgen, offenbaren sowohl hinsichtlich der Struktur- als auch der Prozess- und Ergebnisqualität deutlichen Verbesserungsbedarf.

Außerklinische Intensivversorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in wohngruppenartigen Wohnformen wird von den Betroffenen häufig gewählt, weil hier in der Regel Erfahrungen der Medizinischen Dienste regelhaft keine Selbstkosten anfallen. Dabei müssen mitunter Einschränkungen

bei der Versorgungsqualität und teilweise auch eine hohe Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes in Kauf genommen werden. In vielen Fällen können die betroffenen Versicherten in einer für die außerklinische Intensivversorgung spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Qualität und die Belastung des sozialen Umfeldes jedoch besser versorgt werden. Durch die vorgesehene erhebliche Reduzierung des Eigenanteiles werden sich die Versicherten und ihre Familien zukünftig leichter für die spezialisierte vollstationäre Pflege entscheiden können. Nach unserer Einschätzung wird hierdurch für viele Versicherte die Möglichkeit einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität geschaffen.

Der im Referentenentwurf vorgesehene Vorrang der Versorgung in stationären spezialisierten Intensivpflegeeinrichtungen kann in vielen Fällen eine gravierende Einschränkung der Selbstbestimmung der betroffenen Versicherten und ihrer Familien darstellen bzw. so empfunden werden und sollte deshalb in dieser Form nicht umgesetzt werden. Die Selbstbestimmung der Betroffenen im Sinne einer informierten und im Wesentlichen medizinisch und pflegerisch begründeten Entscheidung sollte nicht hinter den Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zurückstehen müssen. Darüber hinaus stellt auch die jeweilige Versorgungssicherheit im ambulanten oder stationären Setting ein zentrales Entscheidungskriterium dar.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Dazu gehört auch, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Hierzu soll der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erleichtert werden. Dieses Ziel wird von den Medizinischen Diensten grundsätzlich unterstützt.

Die vorgesehene Regelung, nach der Krankenkassen von einer Verordnung medizinischer Rehabilitation nur abweichen können, wenn eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt, drückt den nachvollziehbaren Willen des Gesetzgebers aus, den Zugang zu Rehabilitationsleistungen generell zu erleichtern. Auch wenn davon auszugehen ist, dass diese Vorgehensweise im Rahmen der bereits bestehenden einschlägigen Vorschriften bereits schon heute überwiegend praktiziert wird, kann ein solcher gesetzgeberischer Impuls zur Stärkung des Rehabilitationszugangs beitragen.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c Abs. 1 [neu] SGB V) , Einführung eines neuen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege

Beabsichtigt ist ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege. Dieser soll dann bestehen, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege gegeben ist. Bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten ist das Vorliegen der Indikation für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen. Die Vertragsärzte haben vor der Verordnung zu erheben, ob und inwieweit bei den Versicherten Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) besteht und dies mit der Verordnung zu dokumentieren.

Bewertung:

Den neuen Leistungsanspruch bewerten die Medizinischen Dienste als konsequente und richtige Antwort auf eine unter anderem durch die Weiterentwicklung der Hochleistungsmedizin veränderte Versorgungswirklichkeit. Insbesondere das Ziel, mehr Patientinnen und Patienten, die auf eine künstliche Beatmung angewiesen sind, einer gezielten Entwöhnungsbehandlung von der Beatmung zuzuführen, wird uneingeschränkt unterstützt.

Gerade die Gruppe der tracheotomierten, nicht beatmeten Personen hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Auf die besonderen Belange dieser Patientinnen und Patienten könnte im Gesetzentwurf regelmäßig und differenzierter hingewiesen werden (vgl. § 37 c Abs. 1 S. 2, § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 a HS 2 SGB V -RISG-Entwurf- / § 5 Abs. 3 f, § 6 Abs. 2a S. 5, § 9 Abs. 1 a Nr. 8 KHEntgG -RISG-Entwurf-): Ausschöpfung des Dekanülierungspotentials; entsprechende Zusatzentgelte für Kliniken (Krankenhausentgeltgesetz); Behandlung durch spezielle Facharztgruppen (Neurologen, HNO-Ärzte, Pädiater).

Klargestellt werden sollte jedoch, dass der Versorgungsanspruch nicht nur für Versicherte, die, wie es jetzt heißt „kontinuierlich“ beatmet werden gilt, sondern auch für solche, die weniger als 24 Stunden pro Tag beatmet werden müssen. Auch bei diesen Patienten kann ein Entwöhnungspotenzial bestehen.

Der Gesetzentwurf sieht zu Recht vor, dass Verordnungen für die außerklinische Intensivpflege nur von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten erfolgen dürfen, die dafür besonders qualifiziert sind. In der Begründung werden einige wenige Facharztqualifikationen genannt, bei denen insbesondere von einer entsprechenden besonderen Qualifikation ausgegangen werden kann. Es sollte klargestellt werden, dass über die genannten hinaus bspw. Fachärzte für Neurologie, Neurochirurgie oder Anästhesie oder solche, die über Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ verfügen und gegebenenfalls weitere Fachärzte besonders qualifiziert sein können. Ein entscheidendes Kriterium für die Qualifikation sollte neben der Facharztbezeichnung der Nachweis entsprechender Erfahrung in der Versorgung von Beatmungspatienten sein (vgl. aktuelle einschlägige medizinische Leitlinien).

Weiterhin sollte geprüft werden, ob die Erstverordnung nicht auch von dem letztbehandelnden Facharzt eines Krankenhauses vorgenommen werden sollte, wenn dieser ebenfalls dafür besonders qualifiziert ist. Wir teilen die Einschätzung des Gesetzgebers, dass dies nicht allein dadurch der Fall sein muss, weil es sich um einen Krankenhausarzt handelt. Weil dies so ist, sieht der Referentenentwurf zu Recht Erleichterungen bei der Verlegung von Patienten aus einem Krankenhaus in ein anderes zur Entwöhnung von der Beatmung vor.

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c Abs. 2 [neu] SGB V), Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht in der Regel in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Der beabsichtigte Anspruch auf außerklinische Intensivpflege soll zukünftig regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in außerklinischen Intensivpflege-Wohngemeinschaften realisiert werden. Nur bei Versicherten unter 18 Jahren und in besonderen Fällen soll ein Anspruch auf diese Leistung auch in der häuslichen Umgebung gewährt werden. Für Leistungsbezieher, welche vor Inkrafttreten der neuen Regelung in der Häuslichkeit versorgt worden sind, wird ein Bestandsschutz vorgesehen.

Bewertung:

Aufgrund der derzeitigen unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten besteht heute für viele Versicherte und ihre Familien ein Anreiz, die außerklinische Intensivversorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in wohngruppenartigen Wohnformen einer Versorgung in spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen vorzuziehen. Diese Versorgungsformen werden von den Betroffenen häufig wegen der dabei nicht anfallenden Selbstkosten gewählt. Dabei müssen nach Erfahrung der Medizinische Dienst regelhaft Einschränkungen bei der Versorgungsqualität und teilweise auch eine hohe Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes in Kauf genommen werden. In vielen Fällen können die betroffenen Versicherten in einer für die außerklinische Intensivversorgung spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Qualität und die Belastung des sozialen Umfeldes jedoch besser versorgt werden. Durch die vorgesehene erhebliche Reduzierung des in der stationären Pflege anfallenden Eigenanteiles entfällt künftig eine erhebliche Barriere für die Versicherten und ihre Angehörigen, stationäre Versorgungsformen im Bedarfsfalle auch in Anspruch zu nehmen. Versicherte und ihre Familien können sich somit zukünftig leichter für die spezialisierte vollstationäre Pflege entscheiden. Nach Einschätzung der Medizinischen Dienste wird hierdurch für viele Versicherte die Möglichkeit einer Verbesserung der Versorgungsqualität geschaffen, sofern die Qualitätsanforderungen im stationären Bereich nachweislich erfüllt werden.

Die Qualitätsprüfungen der MDK in ambulanten Pflegediensten, die Versicherte in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in organisierten Wohneinheiten versorgen, zeigen Optimierungsbedarf der Versorgungsqualität auf. Im Jahr 2018 haben die MDK die Qualität der Versorgung von 24 Stunden/Rund-um-die-Uhr beatmungspflichtigen Versicherten überprüft. Ein Teil der Prüfergebnisse wurde systematisch ausgewertet. Bei insgesamt 905 ambulanten Pflegediensten, die mindestens einen Versicherten Rund-um-die-Uhr, d.h. mit spezieller Krankenbeobachtung versorgen, wurde die Qualität ihrer Versorgung überprüft.

Bei 69,1 % dieser ambulanten Pflegedienste verfügten die Leitungskräfte über eine ausreichende Qualifikation (z.B. Berufserfahrung oder Expertenkurs für die außerklinische Intensivversorgung), bei ca. 30 % war dies nicht der Fall. Bei einem Drittel der von diesen Pflegediensten versorgten Personen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege bestanden Kooperationen beispielsweise mit einem Beatmungszentrum oder entsprechenden Fachärzten, bei zwei Drittel konnten entsprechende Kooperationen nicht nachgewiesen werden. Bei 90 % der versorgten Personen war zumindest immer eine Pflegefachkraft anwesend, bei 10 % war dies nicht der Fall. Bei 80 % der in Wohngemeinschaften versorgten Personen wurden die vertraglich vereinbarten personellen Anforderungen erfüllt, bei 20 % der betroffenen Versicherten war dies nicht gewährleistet. 70 % der selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät eingesetzten Mitarbeiter verfügten über die erforderlichen Mindestzusatzqualifikationen, bei 30 % waren diese Voraussetzungen nicht erfüllt. Bei 80 % der Personen, bei denen durch einen ambulanten Pflegedienst die spezielle Krankenbeobachtung durchgeführt wurde, war die Versorgung sachgerecht, bei 20 % war dies nicht der Fall (z. B. waren Schwellenwerte von Vitalparametern nicht dokumentiert, bei denen behandlungspflegerische

Interventionen erfolgen müssen, Alarmgrenzen für die transcutane Sauerstoffsättigungsmessung waren nicht korrekt eingestellt, Verlaufskontrollen hinsichtlich Bewusstseinszustand, Beobachtung auf Ödeme, Schlafqualität, Atemgasbefeuchtung, Körpergewicht, Muskulatur, Bilanzierung wurden nicht durchgeführt). Kurzum: Die Qualitätsergebnisse zeigen in diesen Einrichtungen ein signifikantes Verbesserungspotenzial.

Es ist zu erwarten, dass bei einer entsprechend § 132 i SGB V vorgesehenen qualitätsgesicherten Versorgung deutliche Verbesserungen in der Qualität der Versorgung erreicht werden können.

Die Versorgung zukünftig nur noch in Ausnahmefällen in der eigenen Häuslichkeit zuzulassen, kann einen erheblichen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Patienten darstellen und widerspricht zudem dem in der Sozialversicherung geltenden Grundsatz „ambulant vor stationär“. Ein Vorrang der stationären Versorgungsform sollte deshalb in dieser Form nicht umgesetzt werden. Die Selbstbestimmung der Betroffenen im Sinne einer informierten und im Wesentlichen medizinisch und pflegerisch begründeten Entscheidung sollte nicht hinter den Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zurückstehen müssen. Darüber hinaus stellt auch die jeweilige Versorgungssicherheit im ambulanten oder stationären Setting ein zentrales Entscheidungskriterium da.

Insbesondere sehen es die Medizinischen Dienste als nicht zielführend an, die ambulante Versorgungsmöglichkeit an Zumutbarkeitskriterien für die stationäre Versorgungsform zu knüpfen, da solche aufgrund ihrer Individualität weder nachvollziehbar festzulegen noch einheitlich zu überprüfen wären. Stattdessen sollte für die Möglichkeit der ambulanten Versorgungsform vor allem ausschlaggebend sein, dass die medizinischen und pflegerischen Anforderungen sowie die Versorgungssicherheit im häuslichen Bereich sichergestellt sind oder eine informierte und begründete Entscheidung des Versicherten oder seiner Angehörigen im Einzelfall vorliegt.

Mit den Wohneinheiten nach § 132i Abs. 5 Nummer 1 wird eine neue Versorgungsform geschaffen. In diesen Versorgungsformen werden Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V ermöglicht. Dies wird als zweckmäßig erachtet.

Entscheidend für eine Verbesserung der Qualität in der Versorgung sind die Vorgaben, wie sie im neuen § 132i SGB V gemacht werden und in Folge dessen künftig auch Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V ermöglichen.

Änderungsvorschlag:

Der Vorrang der stationären Versorgungsformen sollte in dieser Form nicht umgesetzt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 39 Abs. 1a SGB V), Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung

Krankenhäuser können zukünftig eine erforderliche Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen spezialisierten Krankenhaus leichter veranlassen, da in diesen Fällen auf Verlegungsabschläge verzichtet werden soll. Hiermit soll eine längerfristige Beatmungsentwöhnung (prolongiertes Weaning) in spezialisierten Krankenhäusern mit Weaningstation leichter ermöglicht werden.

Bewertung:

Aufgrund der derzeitigen strukturellen Rahmenbedingungen werden Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden Weaning- oder Dekanülierungspotenzial in die außerklinische Intensivpflege entlassen, obwohl das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung nicht ausgeschöpft worden ist. Intention der vorgesehenen Regelungen ist es, die Möglichkeit für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung auch in spezialisierten Abteilungen anderer Krankenhäuser zu schaffen. Diese Intention wird voll unterstützt.

Änderungsvorschlag:

Es sollte geprüft werden, ob die beabsichtigte Ausnahme vom Verlegungsabschlag aus systematischen Gründen anders als durch eine Zuordnung zum Entlassungsmanagement erreicht werden kann.

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 40 Abs. 3 S. 2 SGB V) , Entscheidung der Krankenkasse bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation wird von den Krankenkassen bei ihrer Entscheidung nicht überprüft, wenn diese vertragsärztlich verordnet wurde und eine vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente erfolgt ist. Hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit bei Verordnungen zur anderweitigen (nicht-geriatrischen) ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation können die Krankenkassen von der Verordnung nur abweichen, wenn eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt.

Bewertung:

Ziel des Gesetzgebers ist es, zwecks besserer Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ den Zugang zu Leistungen der geriatrischen Rehabilitation zu erleichtern und zu beschleunigen.

Die Medizinischen Dienste unternehmen seit Jahren eigene Anstrengungen, um das Prinzip „Rehabilitation vor und bei Pflege“ im eigenen Tätigkeitsbereich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei haben sich flankierende Maßnahmen des Gesetzgebers und der Kranken- und Pflegekassen als hilfreich erwiesen. Konkret konnte die Anzahl bzw. der Anteil festgestellter Indikationen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtung durch die Etablierung eines optimierten Begutachtungsstandards von rund 12.000 Fällen (0,9 Prozent der Begutachteten) im Jahr 2014 auf rund 65.000 Fälle (4,1 Prozent der Begutachteten) im Jahr 2018 gesteigert werden (davon 60 Prozent mit einer Indikation für eine geriatrischen Rehabilitation). Eine vergleichbare dynamische Zeitreihe ist bei Verordnungen aus der vertragsärztlichen Versorgung nicht dokumentiert. Hier bewegt sich der Anteil der Rehabilitationsverordnungen für eine geriatrische Rehabilitation bei 3-4 Prozent. Insofern ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber weitere Maßnahmen zur Stärkung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen und zur geriatrischen Rehabilitation im Besonderen anstrebt.

Um dieses Ziel zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf hinsichtlich der Indikationsstellung zur (geriatrischen) Rehabilitation vor allem zwei Maßnahmen vor. Zum einen soll die Anwendung eines geeigneten Assessmentinstrumentes (Abschätzungsinstrument) zur vertragsärztlichen Überprüfung der geriatrischen Rehabilitationsindikation dienen, um eine Überprüfung der Indikation (medizinische Erforderlichkeit) durch die Krankenkasse entbehrlich zu machen. Zum anderen ist vorgesehen, dass die Krankenkassen von Verordnungen zu jeder Art medizinischer Rehabilitation nur nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes abweichen dürfen. Das Konzept sieht dabei faktisch eine Sonderstellung der geriatrischen Rehabilitation gegenüber der anderweitigen ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation vor.

Der Gesetzentwurf unterstellt den geriatrischen Assessmentinstrumenten hier das Potenzial, die Richtigkeit einer Indikationsstellung zur geriatrischen Rehabilitation überprüfen zu können. Dieser Ansatz ist aus rehabilitationsmedizinischer, fachlicher Sicht nicht haltbar. Zur Indikationsstellung zur medizinischen Rehabilitation werden umfassende Informationen zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, realistischen Rehabilitationszielen und zur Rehabilitationsprognose benötigt. Die Ergebnisse geriatrischer Assessments können in diesem Zusammenhang zwar einen wichtigen Beitrag leisten, jedoch niemals allein eine Rehabilitationsindikation begründen oder überprüfen. Wissenschaftliche Fallstudien, die unter anderem zeigen, dass verschiedene Patienten mit gleicher Punktzahl im Assessment sowohl eine Reha-Indikation haben können als auch keine haben können, sind auf den Internetseiten des Kompetenz-Centrums Geriatrie beim MDK Nord ausführlich

aufbereitet

(https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/Angemessene_Bewertung.aspx).

Es wird unbedingt dazu geraten, diesen fachlich nicht begründeten Ansatz nicht weiterzuverfolgen. Dies gilt auch für die implizit aus dem jetzigen Gesetzentwurf resultierende Sonderstellung der geriatrischen Rehabilitation. Dadurch sind vor allem unerwünschte Anreize im Sinne einer Fehlallokation indikationsspezifischer Rehabilitationsfälle in die geriatrische Rehabilitation zu erwarten. Zudem ändert der vorgesehene Ansatz nichts an weiteren, mutmaßlich wesentlich relevanteren Barrieren beim Zugang zur geriatrischen Rehabilitation, wie zum Beispiel der uneinheitlichen Angebotssituation geriatrischer Reha-Angebote durch die unterschiedlichen Geriatriekonzepte der Länder oder bestehende negative Altersbilder bei Verordnern oder Betroffenen im Sinne einer generellen „Reha-Skepsis“. Die vorstehende Kritik an der völligen Überschätzung des vorgesehenen Einsatzes von Assessments wird auch durch die jetzt bisweilen geforderte Konkretisierung der als geeignet anzusehenden Instrumente nicht entkräftet.

Voraussetzung für eine sachgerechte und schnelle Leistungsentscheidung für eine medizinische Rehabilitation ist und bleibt eine qualifizierte vertragsärztliche Verordnung, wie sie unter Berücksichtigung der oben genannten Indikationskriterien systematisch im Verordnungsmuster 61 dargelegt werden kann.

Die vorgesehene Regelung, dass bei Verordnungen zur medizinischen Rehabilitation aus dem vertragsärztlichen Bereich nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung von der medizinischen Erforderlichkeit abgewichen werden darf, drückt den nachvollziehbaren Willen des Gesetzgebers aus, den Zugang zu Rehabilitationsleistungen nachhaltig zu erleichtern. Auch wenn davon auszugehen ist, dass diese Vorgehensweise im Rahmen der bereits bestehenden einschlägigen Vorschriften (unter anderem Stichprobenregelung nach § 275 Absatz 2) bereits schon heute überwiegend praktiziert wird, kann ein solcher gesetzgeberischer Impuls zur Stärkung des Rehabilitationszugangs beitragen.

Die „Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung“ vom 02.07.2008 sieht bereits jetzt in § 1 Abs. 3 vor, dass unabhängig von der Prüfung in Stichproben die Krankenkassen verpflichtet sind, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Dies gilt insbesondere bei Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung auf Grund unvollständiger oder nicht plausibler Angaben im ärztlichen Befundbericht. Es sollte geprüft werden, inwieweit die bestehende gesetzliche Stichprobenregelung einschließlich der entsprechenden Richtlinie durch die nun vorgesehenen Änderungen Bestand haben kann bzw. angepasst werden muss.

Änderungsvorschlag:

§40 Abs. 3 S.2 und 3 werden wie folgt geändert:

~~„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente. Von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nach Absatz 1 und 2 in allen anderen Fällen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.“~~

Zu Artikel 1 Nr. 4 bb) (§ 40 Abs. 3 Satz 6 [neu] SGB V) Regelhafte Leistungszeiträume bei geriatrischer Rehabilitation

Bei der geriatrischen Rehabilitation sollen regelhafte Leistungszeiträume festgelegt werden. Eine ambulante Behandlung soll dabei 20 Behandlungstage umfassen. Stationär werden drei Wochen vorgesehen.

Bewertung

Aus rehabilitationsmedizinischer Sicht ist die Vorschrift, die vorgesehene Regeldauer (bisher Höchstdauer) ambulanter geriatrischer Rehabilitation auf 20 Behandlungstage festzulegen nicht gut zu begründen. Entscheidend ist vielmehr, ob die festgelegten Rehabilitationsziele erreicht werden. Ob also durch die Änderung eine angemessen bedarfsorientierte Ausgestaltung der Dauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen im Einzelfall bewirkt werden kann, bleibt eher fraglich, da geriatrische Patienten nicht zwangsläufig eine längere Behandlungsdauer benötigen. Aufgrund dessen ist zumindest die Möglichkeit von dem regelhaften Zeitraum abzuweichen als zweckmäßig zu erachten.

Zu Artikel 1 Nr. 8 b), 9 und 11 c) (§111 Abs. 7 [neu] SGB V, §111a Abs. 1 Satz 2 §111c Absatz 5 [neu] SGB V), Vereinbarung verbindlicher Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge auf Bundesebene

Beabsichtigt ist, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene für die Versorgungsverträge verbindliche Rahmenempfehlungen vorgeben.

Bewertung

Bisher schließen nach § 111 Abs. 2 SGB V die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung stationärer Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die die Anforderungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen.

Die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach §§ 111, 111a und 111c SGB V kann unter anderem einen Beitrag zur Etablierung einheitlicher Qualitätsanforderungen leisten. Damit werden zukünftig auf Bundesebene einheitliche Vorgaben zu Inhalt, Umfang und Qualität für die Erbringung stationärer und ambulanter Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sicherstellt. Dabei sind die Vorgaben und Regelungen des SGB IX, insbesondere §§ 37, 39 zu berücksichtigen.

Zu Artikel 1 Nr. 12a) (§ 112 Abs. 2 [neu] SGB V), Feststellung des Beatmungsstatus vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten

Die Regelung sieht vor, dass vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus erfolgt.

Bewertung:

Die Regelung ist sehr sinnvoll, greift aber zu kurz. Allein durch die Feststellung des Beatmungsstatus ergibt sich nicht automatisch eine dem festgestellten Beatmungsstatus entsprechende Ausgestaltung der Anschlussversorgung. Daher ist ergänzend vorzuschreiben, dass neben der Dokumentation des Beatmungsstatus eine dementsprechende Anschlussversorgung eingeleitet wird, bzw. dass zu dokumentieren ist, aus welchen Gründen ggf. kein spezialisiertes Entwöhnungszentrum angesteuert wird. Die Ergänzung ist auch deshalb angezeigt, weil die in Artikel 4 Nr. 1 (§ 5 Absatz 3f [neu] KHEntgG) vorgesehenen Abschläge sowohl auf die fehlende Dokumentation als auch auf eine inadäquate Anschlussversorgung abzielen.

Hinsichtlich der Möglichkeit von Abschlägen sollte in der Begründung klargestellt werden, dass mögliche Abschläge keine Entlastung hinsichtlich etwaiger Verstöße gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht im Rahmen der Festlegung der Anschlussversorgung darstellen. Grundsätzlich gebietet nämlich die generell geforderte Einhaltung der ärztlichen Sorgfaltspflicht, die Veranlassung einer adäquaten Anschlussversorgung für Patienten mit Entwöhnungspotenzial von der Beatmung.

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 132i Abs. 1 und 5 [neu] SGB V), Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

Durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer auf Bundesebene sollen für alle Versorgungsformen Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abgegeben werden.

Alle Leistungserbringer, die die außerklinische Intensivpflege erbringen, müssen einen Vertrag nach § 132i Abs. 5 SGB V abschließen. Dies gilt sowohl für Leistungserbringer, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte organisieren, für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach dem § 43 SGB XI erbringen, als auch für ambulante Pflegedienste, die die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durchführen.

Diese Verträge können nur abgeschlossen werden mit Leistungserbringern, die Kooperationsverträge mit speziellen Fachärzten schließen, die rehabilitative Versorgung durch Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern gewährleisten und die ein internes Qualitätsmanagement durchführen.

Bewertung:

Die beabsichtigten Regelungen sind sachgerecht. Auch Leistungserbringer, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte organisieren, benötigen einen Vertrag für diese Wohneinheit. In diesen Versorgungsformen werden Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V ermöglicht. Dies wird ausdrücklich begrüßt. Bereits bisher konnten Versicherte, die in Wohneinheiten durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, Qualitätsprüfungen durchgeführt werden. Mit der Institutionalisierung dieser Wohneinheiten und den zu definierenden Anforderungen gemäß § 132i Abs. 1 und 2 SGB V können zukünftig zusätzlich die Wohneinheiten selbst auch bezüglich der Struktur- und Prozessqualität überprüft werden. Damit wird eine Lücke in der externen Qualitätssicherung geschlossen. Dies kann zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen.

Hinsichtlich der zu erwartenden Verbesserungen für die Versorgungsqualität und die derzeit bestehenden Qualitätsprobleme verweisen wir auch auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c Abs. 2 [neu] SGB V).

Aufgrund der durch die Qualitätsprüfungen bedingten engen Beteiligung der Medizinischen Dienste an der Qualitätssicherung und -weiterentwicklung erscheint eine Einbindung des MDS angezeigt. Durch die Einbindung des MDS kann die fachliche Expertise der Medizinischen Dienste in die zu erarbeitenden Rahmenempfehlung einfließen.

Änderungsvorschlag:

§ 132i Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abzugeben.“

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 275b SGB V), Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

Bei Leistungserbringern, die nicht der Qualitätsprüfung nach dem SGB XI unterliegen und die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen, werden Regelprüfungen durch den MDK ermöglicht.

Bewertung:

Diese Regelung ist folgerichtig und wird begrüßt, insbesondere weil Wohneinheiten für mindestens zwei Versicherte als Einrichtung in die Qualitätsprüfungen einbezogen werden können. Dabei geht es insbesondere um strukturelle Anforderungen, die gegenwärtig nicht in die Qualitätsprüfungen des MDK einbezogen werden können. Es ist jedoch zu beachten, dass die zukünftigen Leistungserbringer, sowohl Leistungserbringer nach dem SGB V als auch nach dem SGB XI sein können, so dass entsprechende Änderungen auch bei den Vorschriften zu den Qualitätsprüfungen im SGB XI notwendig sind. Rechtssystematisch ist daher zu prüfen, welche ergänzende Regelungen im SGB XI erforderlich sind, damit die nach § 132i Abs. 1 SGB V zu regelnden Anforderungen für ambulante Pflegedienste, organisierte Wohneinheiten und für spezialisierte vollstationäre Pflegeeinrichtungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 43 SGB XI bei Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI überprüft werden können.

Änderungsvorschlag:

Insbesondere sind in § 114 Abs. 2 Satz 9 SGB XI nach dem Wort „Krankenpflege“ die Wörter „und die nach § 37 c SGB V erbrachten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege“ zu ergänzen.

Zu Artikel 2 (§ 275b Abs. 2 Satz 2 SGB V), Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

Prüfungen bei Leistungserbringern, die Wohneinheiten nach § 132i Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V betreiben, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.

Bewertung:

Diese Regelung wird grundsätzlich begrüßt.

Änderungsvorschlag:

Es sollten darüber hinaus analog zum SGB XI die rechtlichen Grundlagen für ein Verwaltungsverfahren geschaffen werden, nach dem die Krankenkassen auf der Grundlage der Prüfergebnisse einen Maßnahmenbescheid erteilen und ggf. Sanktionsmöglichkeiten gegenüber der Pflegeeinrichtung bis hin zur Kündigung des Vertrags mit der Pflegeeinrichtung ergreifen können. In diesem Zusammenhang sind auch Wiederholungsprüfungen vorzusehen.