



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
für den**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von
Rehabilitation und intensiv-pflegerischer
Versorgung in der gesetzlichen
Krankenversicherung**

(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Stand: 06.09.2019

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Referentenentwurfs	6
Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)	6
§ 37c Abs. 1 (neu): Außerklinische Intensivpflege	6
§ 37c Abs. 2 (neu): Außerklinische Intensivpflege	8
§ 37c Abs. 3 (neu): Außerklinische Intensivpflege	10
§ 40 Abs. 2 Satz 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	11
§ 40 Abs. 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	12
§ 111 Abs. 5 Sätze 2 bis 4: Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	14
§ 111 Abs. 7 (neu): Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	15
§ 111b Abs. 6 (neu): Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	15
§ 111c Abs. 5 (neu): Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	15
§ 132i (neu): Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege	17
§ 275b: Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	17
Weiterführende Änderungsvorschläge	19
§ 137d SGB V: Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation	19
§ 303 SGB V: Ergänzende Regelungen	21
§ 275 SGB V: Begutachtung und Beratung	22

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen das Ziel des Referentenentwurfs, den Zugang der Versicherten zur Rehabilitation zu stärken. Ausdrücklich befürworten sie die Initiative des Gesetzgebers, die Fehlanreize im Bereich der intensiv-medizinischen Betreuung besonders für Beatmungspatienten zu beseitigen. Der Ansatz des Referentenentwurfs, Beatmungspatienten durch entsprechende Maßnahmen von der künstlichen Beatmung zu entwöhnen und damit ein unabhängiges Leben zu ermöglichen, ist ohne Abstriche zu unterstützen. Die auf medizinisch-wissenschaftlicher Seite genannte Zieloption, zwei Drittel der derzeitigen Beatmungspatienten zu entwöhnen, verdeutlicht den dringend bestehenden Handlungsbedarf. Dass sich in der Öffentlichkeit die Kritik nicht an diesem Versorgungsmissstand sondern an dem damit verbundenen Primat einer stationären Versorgung entzündet, überrascht. Es muss gelingen, die berechtigten Interessen derjenigen, die nicht entwöhnt werden können, an einer häuslichen Versorgung, mit dem übergeordneten Ziel der Versorgungsverbesserung in Einklang zu bringen.

Intensiv-medizinische Betreuung

Das Vorhaben, Entwöhnungspotential von Beatmungspatienten im Rahmen der Krankenhausentlassung besser zu prüfen, ist ein längst überfälliger und ein wichtiger Schritt, um die Versorgung von Patienten zu verbessern und dem Abrechnungsbetrug im Intensivpflegebereich entgegenzuwirken.

Die vorgesehene Regelung, dass die Betreuung von Beatmungspatienten regulär stationär erfolgen soll, wird von den Innungskrankenkassen mit Blick auf die Versorgungsqualität grundsätzlich begrüßt. Auf diesem Weg kann eine angemessene und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden. Die bisherige Gestaltung der Intensivpflege hat zu massiven Fehlanreizen geführt, sowohl in pflegerischer als auch finanzieller Hinsicht. In diesem Zusammenhang wird von den Innungskrankenkassen ebenfalls begrüßt, dass den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet wird, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung als Satzungsleistung zu übernehmen. Dadurch wird eine Entscheidung zur stationären Unterbringung für Patienten in der Intensivpflege und ihre Angehörigen nochmals deutlich erleichtert.

Kritisch bewerten die Innungskrankenkassen jedoch, dass die Krankenkassen im Rahmen einer Zumutbarkeitsprüfung individuell darüber entscheiden sollen, ob im Ausnahmefall eine häusliche Versorgung von Beatmungspatienten in Betracht kommt. Um hier eine einheitliche Rechtsanwendung zu gewährleisten, sollten dafür objektive medizinisch-pflegerische Kriterien entwickelt werden.

Da darüber hinaus nur rund 40 Prozent der Menschen längerfristig einen Krankheitszustand überlebt, der eine Beatmung von mehr als zwei Wochen erforderlich macht, ist zwingend auch eine Vorgabe zur Kooperation mit Leistungserbringern für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderlich.

Abrechnungsbetrug

Die Problematik des Abrechnungsbetrugs in der Pflege (SGB V und SGB XI) hat in jüngster Zeit – nicht zuletzt aufgrund der medialen Berichterstattung – insgesamt an Bedeutung zugenommen.

Die jetzt vorgeschlagenen Änderungen sind nach den gesetzlichen Anpassungen im PSG II und III sowie dem TSVG ein weiterer Schritt, die Qualität in der Versorgung zu verbessern sowie Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten insbesondere bei der häuslichen Intensivpflege zu beseitigen. Gerade in diesem Bereich ist eine deutliche Zunahme von Verdachtsfällen auf Fehlverhalten zu beobachten.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen bestehen jedoch weiterhin Lücken und Anpassungspotentiale. Dies gilt insbesondere bei der Herstellung von Transparenz für das in der Versorgung der Versicherten eingesetzte Personal und die Leistungsabrechnung, der Ausweitung der Prüfmöglichkeiten der Kranken- und Pflegekassen sowie der Schaffung einer bundesweiten Betrugspräventions-Datenbank.

Im Detail gilt es folgende Punkte anzugehen:

- Zur Verhinderung von Negativeinwilligungen im Rahmen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfung ist eine Mitwirkungspflicht auch der Leistungsbezieher / gesetzlicher Betreuer verbindlich zu regeln.
- Die Einführung eines Verzeichnisses über als Fachkräfte Beschäftigte/Leistungserbringer zur besseren Transparenz für das in der Versorgung der Versicherten eingesetzte Personal. Der ambulante Pflegedienst meldet erstmalig nach Zulassung und dann bei Änderungen monatlich folgende Daten an den Federführer der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen: Mitarbeitername, Handzeichen (Namenskürzel), Qualifikation, eindeutiges Mitarbeitermerkmal (z. B. Rentenversicherungsnummer) und Beschäftigungsumfang des jeweiligen Mitarbeiters. Die aufgeführten Informationen über die Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste sind für die Prüfung von Abrechnungsauffälligkeiten notwendig, insbesondere zur Überprüfung von Leistungsüberschneidungen oder hinsichtlich der Qualität der eingesetzten Mitarbeiter (z. B. in der Intensivpflege).

- Zur effektiven Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der Aufbau einer organisationsübergreifenden GKV-Betrugspräventions-Datenbank erforderlich.

Geriatrische Rehabilitation

Die Einführung eines geriatrischen Assessments zur Ermittlung des geriatrischen Rehabilitationsbedarfs wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Eine Prüfung durch die Krankenkassen muss es auch weiterhin geben. Wirtschaftlichkeit und Transparenz bei der Verordnung kann nur auf Basis eines MDK-Gutachtens gewährleistet werden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfs. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Referentenentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37c Abs. 1 (neu): Außerklinische Intensivpflege

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Der Anspruch besteht für Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

Bei kontinuierlich beatmeten oder tracheotomierten Versicherten ist vor der Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen, inwieweit eine Reduzierung oder Beatmungsentwöhnung möglich ist.

Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt.

Der G-BA soll in den Richtlinien nach § 92 SGB V bis zum 30.06.2020 den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bestimmen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgesehenen Regelungen zur Beförderung des Anreizes stationärer Versorgungsangebote der Intensivpflege. Insbesondere eine Beatmungsentwöhnung (Weaning) ist grundsätzlich eine ärztliche Aufgabe und kann nicht ohne weiteres an Pflegekräfte übertragen werden. Deshalb wird angeregt, den Träger der Intensivpflege gesetzlich zur Kooperation mit einem oder mehreren qualifizierten Fachärzten nach dem Muster des § 119b SGB V zu verpflichten.

Die Verordnungsermächtigung durch einen ausschließlich dafür qualifizierten Vertragsarzt wird befürwortet und unterstützt. Hierdurch wird der Zugang für diese Leistung der

außerklinischen Intensivpflege qualitätsgesichert geprüft und im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit verordnet, ohne dabei das individuelle Rehabilitationspotential vorzeitig zu vernachlässigen.

Notwendig ist auch, die besondere Qualifikation der Vertragsärzte sowie der Krankenhausärzte in der geplanten Richtlinie zu ergänzen. In der Gesetzesbegründung zu den Änderungen in § 37c SGB V (neu) werden hier „insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Lungenheilkunde sowie Fachärztinnen und Fachärzte für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen“ genannt. In diesen Facharztgruppen stehen laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer weniger als tausend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Zu den für die Feststellung des Beatmungsstatus qualifizierten Fachärzten sollten zumindest auch Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin zählen, um eine ausreichende Anzahl geeigneter Fachärzte sicherzustellen. Ebenso ist in dem Verfahren zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials in der Verordnung vorzugeben, dass die Behandlungsziele, deren Erreichbarkeit, den Patientenwillen und die Übereinstimmung mit dem Patientenwillen in der Indikationsstellung und Verordnung festgestellt und dokumentiert und berücksichtigt werden. Angesichts von Anhaltspunkten, wonach in 90 Prozent aller Fälle eine Patientenverfügung nicht berücksichtigt werden würde, schafft eine solche Dokumentation Versorgungs- und Rechtssicherheit. Die Verordnung soll nicht nur durch besonders qualifizierte Vertragsärzte, sondern auch durch besonders qualifizierte Krankenhausärzte möglich sein (vgl. Artikel 1 Nr. 12 a). Eine Begutachtung durch den MDK ist vorzusehen (siehe Unterpunkt „Weiterführende Änderungsvorschläge“).

Indem bundesweit einheitlich und verbindlich der Leistungsinhalt und -umfang, der Leistungszugang sowie die Anforderungen an die Zusammenarbeit aller beteiligten Leistungserbringer und deren Qualifikationsanforderungen bestimmt werden, werden erstmals auch für die Krankenkassen einheitliche Normativen gesetzt. Dies ist notwendig, um gute und qualitätsgesicherte Arbeit angemessen zu vergüten und um Leistungserbringer, die notwendigen fachlichen Voraussetzungen zum Erreichen der gebotenen intensivpflegerischen Struktur- und Prozessqualität nicht erfüllen, vom Anspruch eines Vertragsabschlusses grundsätzlich auszuschließen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37c Abs. 2 (neu): Außerklinische Intensivpflege

Beabsichtigte Neuregelung

Außerklinische Intensivpflege soll künftig regelhaft vollstationär erbracht werden. Ausnahmeregelungen sind für besondere Fälle und bereits im Haushalt betreute Pflegebedürftige vorgesehen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Regelung.

Durch die bewusste Umkehrung des allgemeinen Grundsatzes „ambulant vor stationär“ für den Bereich der Intensivpflege, können zugleich die qualitativ hochwertige und auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet und die bekannten finanziellen Fehlanreize ausgeräumt werden. Bereits jetzt bestehen in der Organisation der außerklinischen Intensivpflege erhebliche Schwierigkeiten, die durch den herausragenden Mangel an qualifizierten Fachkräften ebenso bedingt werden, wie durch die sprunghafte Entwicklung der AKI-Fallzahlen. Dies führt bereits heute zum Nachteil der Versicherten zu Versorgungsengpässen und dem kontinuierlichen Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals.

Mit dem grundsätzlichen Vorrang der stationären Versorgung bzw. der Versorgung in Wohneinheiten sieht der Referentenentwurf für Fallgestaltungen, in denen eine solche Versorgung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, eine außerklinische Intensivpflege im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort vor.

Wie konkret im Rahmen einer individuellen Zumutbarkeitsprüfung die persönlichen, familiären und baulichen Voraussetzungen objektiv beurteilt werden sollen, lässt der Referentenentwurf leider offen. Für eine Definition der Zumutbarkeit müssen den Krankenkassen zeitnah eindeutige, objektive Entscheidungsgrundlagen bzw. Parameter angeboten werden. Abgesehen davon sollte durch den G-BA eine eindeutige Abgrenzung zur allgemeinen häuslichen Krankenpflege definiert werden.

Die Qualität der intensivpflegerischen Versorgung kann tatsächlich in jeglicher Dimension verbessert werden, sowohl in der Struktur-, in der Prozess- als ganz besonders auch in der Ergebnisqualität, die dem Versicherten direkt zugutekommt. Die Kontrollmöglichkeiten für den MDK und die Heimaufsichten der Länder werden nachhaltig verbessert.

Gerade für die Angehörigen eines Wachkomapatienten stellt der permanente Wechsel des eingesetzten Fachpersonals eine hohe emotionale Belastung dar, die durch eine Intensivversorgung im stationären Setting und die damit verbundene höhere personelle Kontinuität in der Versorgung deutlich abgemildert werden kann. Ein Beispiel wäre der krankheitsbedingte Ausfall eines in der 1:1-Versorgung eingesetzten Beschäftigten. Dieses Beispiel führt in der Häuslichkeit teils zu erheblichen Versorgungsproblemen, regelhaften Qualitätsdefiziten bis hin zu überflüssigen Krankenhausaufnahmen.

Hinzu kommen finanzielle Aspekte, welche für den Betroffenen selbst und seine Angehörigen entstehen. Die designierte Übernahme bislang privater Eigenanteile bei einer vollstationären außerklinischen Intensivpflege begünstigt nicht nur die Versicherten ganz unmittelbar, sondern korrigiert gleichsam auch die bisherigen finanziellen Fehlanreize. Oftmals mündet die Intensivversorgung direkt in eine häusliche Dauerbeatmung, wenngleich diese weder medizinisch – wegen des fehlenden Entwöhnungspotentials – noch pflegfachlich angezeigt gewesen wäre. Um die Versorgungsqualität unmittelbar und nachhaltig für die Versicherten zu verbessern, muss zum richtigen Zeitpunkt in die Akutversorgung und Rehabilitation von Intensivpatienten investiert werden, damit das Eigenpotentiale des Versicherten nicht durch eine Fehlversorgung ausgebremst werden.

Die Ausnahme für die Versorgung von Kindern ist dabei sachlogisch. Weder existiert eine adäquate Versorgungsalternative für Kinder, noch ist davon auszugehen, dass sich diese in der Versorgungslandschaft in ausreichender Zahl etablieren wird. Aus Perspektive der Innungskrankenkassen erscheint es der richtige Weg, das breite Eigeninteresse von Eltern, ihr erkranktes Kind soweit als möglich selbst zu versorgen, keinesfalls in Frage zu stellen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37c Abs. 3 (neu): Außerklinische Intensivpflege

Beabsichtigte Neuregelung

Bei außerklinischer Intensivpflege in vollstationären Einrichtungen haben Versicherte einen Anspruch auf Erstattung der pflegebedingten Aufwendungen (inklusive Betreuung und medizinischer Behandlungspflege) sowie Investitionskosten. Den Krankenkassen steht es offen, weitere Leistungen in der Satzung zu verankern.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen diese Regelung. Die klare Legitimierung zur Übernahme der sogenannten Hotelkosten (für Unterkunft und Verpflegung) mittels entsprechender Satzungsleistung der Kasse und die damit verbundene Vermeidung privater Eigenanteile des Versicherten unterstützt den Aufbau von stationären Angeboten sowie Alternativen sowohl in der Akut- als auch der Langzeitversorgung.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 a)

§ 40 Abs. 2 Satz 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Beabsichtigte Neuregelung

Der von den Versicherten zu tragende Mehrkostenanteil, wenn sie für eine stationäre Rehabilitation eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, wird auf die Hälfte reduziert.

Bewertung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Mehrkosten die durch persönliche Interessen des Versicherten entstehen, fallen in den Eigenverantwortungsbereich und können der Solidaritätsgemeinschaft nicht zur Last gelegt werden. Die aktuelle Rechtslage stellt sicher, dass die angemessenen Mehrkosten, die unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts gem. § 8 SGB IX entstehen, in vollem Umfang von den Krankenkassen übernommen werden. Die vorgeschlagene Neuregelung ist ein Bruch zu dem im § 12 SGB V normierten systemrelevanten Wirtschaftlichkeitsgebots. Es ist für die Innungskrankenkassen nicht ersichtlich, warum die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten bei Rehabilitationsmaßnahmen – abweichend von den Regelungen für die übrigen Rehabilitationsträger – die Hälfte von nicht begründeten Mehrkosten tragen soll. Das Ziel der Stärkung des gesetzlichen Wunsch- und Wahlrechts wird mit der Neuregelung nicht erreicht.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 b)

§ 40 Abs. 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Beabsichtigte Neuregelung

Eine ärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation soll von den Krankenkassen nicht mehr überprüft werden. Voraussetzung dafür ist eine vorherige vertragsärztliche Überprüfung mithilfe eines geeigneten Abschätzungsinstruments.

In allen anderen Bereichen der Rehabilitation können die Krankenkassen nur nach einer Stellungnahme des MDK von der ärztlichen Verordnung abweichen.

Darüber hinaus sollen Leistungen der geriatrischen Rehabilitation in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Herabsetzung der Zugangshürden für die geriatrische Rehabilitation. Die Einführung eines geriatrischen Assessments zur Ermittlung des geriatrischen Rehabilitationsbedarfs wird begrüßt. Warum allerdings bei der Entscheidung der Krankenkasse ausgerechnet der Wegfall der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit eine Stärkung darstellen soll, erschließt sich nicht. Im Rahmen der zu treffenden Allokationsentscheidung ist die medizinische Notwendigkeit die maßgebliche Entscheidungsgrundlage. Darüber hinaus fehlt eine Regelung, wer die geeigneten Abschätzungsinstrumente zu bestimmen hat.

Dass die Krankenkassen in allen weiteren Fällen nach einer Stellungnahme des MDK von der ärztlichen Verschreibung abweichen dürfen, wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

Zu § 40 Absatz 3:

~~„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 Stellung-~~

~~nahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen. Die Krankenkasse kann von der vertragsärztlichen Verordnung hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.~~

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 a)

§ 111 Abs. 5 Sätze 2 bis 4: Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nicht mehr für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation.

Bewertung

Für die Innungskrankenkassen ist es essentiell, dass bei der Umsetzung der Regelung die Möglichkeit von bilateralen Vergütungsvereinbarungen nach § 111 Abs. 5 SGB V keinesfalls eingeschränkt wird. Auch wenn bei erforderlichen Mehrausgaben bereits in der Vergangenheit die Vergütungsvereinbarungen oberhalb der Veränderungsrate abgeschlossen wurden und die Neuregelung daher gelebter Verhandlungsrealität entspricht, dürfen die Ausgaben nicht unbeschränkt ansteigen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 b)

§ 111 Abs. 7 (neu): Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Nr. 10 b)

§ 111b Abs. 6 (neu): Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Nr. 11 b)

§ 111c Abs. 5 (neu): Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV und die entsprechenden Reha-Verbände auf Bundesebene sollen verbindliche Rahmenempfehlungen (zu Inhalt, Qualität und Vergütung der Leistung) zur stationären und ambulanten Rehabilitation erarbeiten.

Für den Fall, dass es zu keiner Einigung kommt, muss eine Schiedsstelle eingerichtet werden.

Bewertung

Eine Hebung der Vergütungsverhandlungen auf Bundesebene wird abgelehnt. Wie der Gesetzgeber bereits festgestellt hat, gibt es bereits heute differenzierende Vergütungsregelungen, welche nach Indikationen unterscheiden oder es werden Zuschläge für erhöhten Pflegeaufwand, besondere Gesundheitseinschränkungen oder eine Kostenerstattung für besonders teure Medikamente vereinbart. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch eine leistungsgerechte Vergütung ist deshalb bereits heute gewährleistet. Durch die Aufhebung der Begrenzung auf die Grundlohnsumme wird darüber hinaus den Krankenkassen mehr Spielraum bei der Berücksichtigung besonderer finanzielle Bedarfe eingeräumt. Es besteht die Gefahr, dass regionale Besonderheiten in einer bundeseinheitlichen Rahmenempfehlung nicht im ausreichenden Maße Berücksichtigung finden. Aus diesen Gründen lehnen die Innungskrankenkassen die Rahmenempfehlungen für die stationäre und die ambulante Rehabilitation ab.

Der Anwendungsbereich der Landesschiedsstelle nach § 111b SGB V sollte auf Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V und § 111c SGB V erweitert werden. Eine Rahmenempfehlung ist dann auch für Versorgungsverträge obsolet.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 132i (neu): Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

Nr. 15

§ 275b: Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV und die Verbände der Leistungserbringer werden verpflichtet, Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege auszuhandeln. Verträge sollen nur mit Leistungserbringern zulässig sein, die die Rahmenempfehlungen gewährleisten.

Für den Fall, dass keine Einigung erzielt werden kann, muss eine Schiedsstelle eingerichtet werden.

Die Regelungen zur Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst werden auf den Bereich der außerklinischen Intensivpflege ausgedehnt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass einheitliche Rahmenempfehlungen ausgehandelt werden sollen, insbesondere, dass nach § 132i Abs. 6 SGB V Verträge nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Voraussetzungen gemäß Rahmenempfehlungen erfüllen.

Bei der Einrichtung der Schiedsstelle fordern die Innungskrankenkassen jedoch eine paritätische Besetzung, da ein Ausgleich der Interessen aufgrund des Ungleichgewichts der Stimmen schwer möglich scheint.

Darüber hinaus ist zu begrüßen, dass diese Leistungserbringer auch verpflichtet sind, an den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V teilzunehmen.

Die Innungskrankenkassen votieren zudem dafür, dass gemäß des Ziels des Referentenentwurfs die Reihenfolge in der Aufzählung der Leistungserbringer in Absatz 5 nach der zukünftigen Priorität, d.h. vollstationär vor ambulant, erfolgen muss.

Änderungsvorschlag

Zu Art. 1 Nr. 14 § 132i (neu) Abs. 4 SGB V:

Sie besteht aus ~~je zwei~~ Vertretern der Krankenkassen, der vollstationären Pflegeeinrichtungen ~~und~~ **einschließlich** der Pflegedienste **in gleicher Zahl** sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und ~~einem~~ **zwei** weiteren unparteiischen Mitglied**ern**.

Zu Art. 1 Nr. 14 § 132i (neu) Abs. 5 SGB V:

~~1. Leistungserbringern, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte organisieren, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,~~

~~2. vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen oder~~

1. vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,

2. Leistungserbringern, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte organisieren, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen oder

3. Leistungserbringern, die Leistungen in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 2 im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbringen.

Weiterführende Änderungsvorschläge

§ 137d SGB V: Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

Sachverhalt

Die Rehabilitationskliniken sind im Rahmen der gesetzlichen Regelungen verpflichtet, sich an dem Verfahren der externen Qualitätssicherung in seiner jeweils aktuellen, indikations- bzw. zielgruppenspezifischen Ausgestaltung zu beteiligen. Viele Rehakliniken kommen ihrer Dokumentationsverpflichtung im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens nicht im ausreichenden Umfang nach. Um die Verbindlichkeit des gesetzlich normierten Qualitätssicherungsinstruments zu erhöhen, soll ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung etabliert werden, wie es im Krankenhaussektor bereits existiert.

Änderungsvorschlag

Zu § 137d Abs. 5 und Abs. 6 SGB V (neu):

„(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart für Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung. Die Vertragspartner sind ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein

1. Vergütungsabschläge,
2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs bei Nichtteilnahme am einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren
3. die Information Dritter über die Verstöße,
4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden.

- (6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen legen für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze je Rehabilitationsklinik und Indikation fest. Bei Unterschreitung dieser Dokumentationsrate sind Vergütungsabschläge in den Vergütungsvereinbarungen nach § 111 Abs. 5 und § 111c Abs. 3 in Höhe von 5 von Hundert vorzusehen, es sei denn, die Rehabilitationsklinik weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.“

§ 303 SGB V: Ergänzende Regelungen

Sachverhalt

Um die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben, ist die verbindliche Einführung des Datenträgeraustausches für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken bis zum 30.06.2021 festzulegen. Korrespondierend ist § 303 Abs. 3 SGB V um die Vorsorge- und Rehabilitationskliniken zu erweitern.

Änderungsvorschlag

Zu § 303 Abs. 3 SGB V (neu):

- „(3) Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1 und ab dem 01.07.2021 § 301 Abs. 4, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachträglich zu erfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung der überarbeiteten Zehnten Fassung des Schlüssels gemäß § 295 Abs. 1 Satz 3.“

§ 275 SGB V: Begutachtung und Beratung

Sachverhalt

Für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege ist sowohl für die Verordnung (§ 37 c Abs.1) als auch für die Frage, ob eine zuverlässige und bedarfsgerechte Versorgung in der Häuslichkeit sichergestellt ist, eine Prüfung durch den MDK durchzuführen. Soweit die Leistung aus der häuslichen Krankenpflege ausgegliedert ist, handelt es sich um eine sachlogische Folgeänderung zur Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege.

Änderungsvorschlag

Zu § 275 Abs. 2 Nr. 4 SGB V:

„[...] ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1), **oder ob und für welchen Zeitraum außerklinische Intensivpflege (§ 37 c Abs. 1) erforderlich ist und ob – soweit beantragt – eine zuverlässige und bedarfsgerechte Versorgung in der Häuslichkeit (§ 37 c Abs.2) sichergestellt ist.**“