

**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 intensivpflegerischer Versorgung  
und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung**

**(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)**

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)155(7)**  
gel. VB zur öAnh am 17.6.2020 -  
GKV-IPReG  
10.6.2020

Stand: 10. Juni 2020

## 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 Kabinettsentwurfes eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) vom 20. Mai 2020 Stellung.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) verfügen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege über umfangreiche Praxiserfahrungen aus den Qualitätsprüfungen und Begutachtungen des Erfordernisses einer speziellen Krankenbeobachtung sowie Hilfsmittelbegutachtungen z.B. bei beatmeten und tracheotomierten Versicherten. Im Bereich der Indikationsstellung zur medizinischen Rehabilitation bestehen ebenfalls umfassende Erfahrungen aus den Begutachtungen von Rehabilitationsanträgen und zur Feststellung von Rehabilitationsbedarf im Rahmen 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.

Es wird ausdrücklich befürwortet, dass in dem nun vorliegenden Kabinettsentwurf einige grundlegende Anregungen und Hinweise aus der Anhörung zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) aufgegriffen worden sind. Zu nennen sind aus Perspektive der Medizinischen Dienste u.a. folgende Verbesserungen:

- Der Vorrang der stationären Versorgung bei einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege wird nicht weiter verfolgt. Allerdings gehen die nun vorgesehenen Änderungen hinsichtlich der Feststellung des Versorgungsortes noch nicht weit genug.
- Der MDS wird in die Beratungen zu den Rahmenempfehlung nach § 132j SGB V einbezogen.
- In der Gesetzesbegründung sind weitere Fachärzte genannt worden, die für die Verordnung der Leistungen nach § 37c SGB V als geeignet angesehen werden.

Mit den im Kabinettsentwurf vorgesehenen Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege nimmt der Gesetzgeber, wie auch schon im Referentenentwurf zum RISG, 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 Kabinettsentwurf sieht eine Vielzahl von Regelungen vor, mit denen bestehende Fehlanreize, die zu einer unsachgemäßen außerklinischen Versorgung von tracheotomierten bzw. 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.

Außerklinische Intensivversorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in wohngruppenartigen Wohnformen wird von den Betroffenen häufig aufgrund der nicht anfallenden Selbstkosten in der ambulanten Pflege gewählt. Dabei werden ggf. Einschränkungen bei der Versorgungsqualität, eine hohe soziale Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen oder größere Entfernungen zwischen Familie und Betreuungsort in Kauf genommen. Im Hinblick auf die Versorgungsqualität und die Belastung des sozialen Umfeldes könnten die betroffenen Versicherten ggf. in einer für die außerklinische Intensivversorgung spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen besser versorgt werden. Durch die vorgesehene erhebliche Reduzierung des Eigenanteiles ist zu erwarten, dass finanzielle Aspekte für die Versicherten und ihre Familien künftig keine entscheidende Rolle bei der Entscheidung über die Versorgungsform spielen werden.

Positiv zu bewerten ist, dass im Vergleich zum Referentenentwurf vom 14. August 2019 vom Vorrang der stationären Versorgung abgerückt worden ist. Die Medizinischen Dienste begrüßen insoweit grundsätzlich die Bemühungen des Gesetzgebers, Menschen mit einem besonderen Bedarf an außerklinischer Intensivpflege ein Leben in ihren Familien und ihrem sozialen Umfeld zu ermöglichen.

Problematisch ist jedoch, dass der MDK weiterhin verpflichtet werden soll, Feststellungen über die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort zu einem Zeitpunkt zu treffen, zu dem die Leistung noch gar nicht erbracht wird. Dieser Ansatz ist aus fachlicher Sicht im Hinblick auf ein für die Versicherten und die Kostenträger valides Begutachtungsergebnis mit großer Unsicherheit behaftet. Eine prospektive Prüfung von medizinischen und pflegerischen Voraussetzungen bei der außerklinischen Intensivpflege sollte nicht als Grundlage dafür herangezogen werden, die selbstbestimmte Wahl des Versicherten bezüglich des Ortes der Versorgung zu diesem frühen Zeitpunkt im Sinne einer „override option“ außer Kraft zu setzen. Eine solche Einschränkung erscheint nur dann gerechtfertigt, wenn die Gesundheit des Versicherten durch eine defizitäre medizinische oder pflegerische Versorgung nachweislich und nicht prospektiv bedroht ist. Eine solche Feststellung kann durch die Medizinischen Dienste aber erst dann mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden, wenn eine Versorgung des Versicherten am entsprechenden Leistungsort tatsächlich erfolgt. Die derzeit vorgesehene prospektive Prüfung einer beabsichtigten Versorgungssituation stellt aus fachlicher Sicht keinen ausreichend belastbaren Begutachtungsansatz dar.

Zielführend wäre vielmehr, die gutachterliche Prüfung der medizinischen Indikationskriterien (§ 37c Abs. 1 [neu]) durch den MDK und die Feststellungen des MDK zur Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am Leistungsort (§ 37c Abs. 2 [neu]) zeitlich und im Prüfansatz zu trennen. Dadurch kann die nach dem jetzigen Gesetzentwurf bestehende ungünstige Vermischung von Begutachtung der Indikationskriterien mit den, das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen tangierenden Feststellungen zum Versorgungsort sinnvoll aufgelöst werden. Hierbei würde in einer ersten Begutachtung vor dem Leistungsbeginn, die in der Regel anhand von Unterlagen (per Aktenlage) erfolgen könnte, zunächst festgestellt werden, ob die entsprechenden medizinischen Voraussetzungen einer außerklinischen Intensivpflege vorliegen. In einer zweiten Begutachtung würde dann, wenn die Versorgung des Versicherten am gewünschten Leistungsort angelaufen ist, eine

Feststellung darüber getroffen werden, ob die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort zum Zeitpunkt der Begutachtung sichergestellt ist. Nur eine solche Begutachtung des aktuellen Versorgungsgeschehens vor Ort (Begutachtung durch Hausbesuch) kann eine ausreichende Belastbarkeit der entsprechenden gutachterlichen Feststellungen hergestellt werden. In diesem Rahmen können dann auch weitere vorgesehene Begutachtungsaspekte, wie persönliche, familiäre oder örtliche Umstände in die gutachterliche Bewertung einbezogen werden.

Der Kabinettsentwurf für ein Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz sieht zudem vor, den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere zur geriatrischen Rehabilitation, zu erleichtern. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung wieder herzustellen bzw. zu erhalten. Dazu gehört auch, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern. Alleine schon vor diesem Hintergrund wird die politische Zielsetzung von den Medizinischen Diensten grundsätzlich unterstützt.

Die vorgesehene Regelung, nach der Krankenkassen von einer Verordnung medizinischer Rehabilitation aus dem vertragsärztlichen Bereich 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, Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege, Verordnung)

Der geplante Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege bedarf einer Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. In diesem Sinne besonders qualifiziert sind insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie, Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie oder Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Bei der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege soll erhoben werden, ob und in welchem Umfang die Möglichkeit zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) besteht. Diese Möglichkeit sowie die entsprechend erforderlichen Maßnahmen sind mit der Verordnung zu dokumentieren.

#### Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Zielführend ist es, dass in der Gesetzesbegründung im Vergleich zum Referentenentwurf vom 14. August 2019 weitere Facharztqualifikationen genannt werden, die für die Verordnung der Leistungen nach § 37c SGB V als geeignet angesehen werden.

Bei der Umsetzung dieser Regelungen wird darauf zu achten sein, dass die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über Erfahrungen in der Beatmungstherapie verfügen. Entsprechende Anforderungen sollten in der Richtlinie zur Verordnung der außerklinischen Intensivpflege festgelegt werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c Abs. 2 [neu] SGB V, Wunsch zum Versorgungsort bei außerklinischer Intensivpflege)**

Versicherte sollen die vorgesehene Leistung auf außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 SGB XI erbringen, in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43a SGB XI erbringen, beziehungsweise in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI, in qualitätsgesicherten sogenannten Intensivpflege-Wohneinheiten oder in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort, beispielsweise in Schulen, Kindergärten oder Werkstätten für behinderte Menschen erhalten können.

Liegt ein Wunsch eines Versicherten bezüglich des Leistungsortes vor, ist diesem nach der vorgesehenen Regelung zu entsprechen, wenn die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann.

Für die Feststellung, ob einerseits die Voraussetzungen für eine intensivpflegerische Versorgung vorliegen und andererseits die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann, hat die Krankenkasse den MDK mit einer persönlichen Begutachtung des Versicherten zu beauftragen, welche auch die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände berücksichtigt. Die Krankenkasse hat den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege regelmäßig, mindestens jährlich zu prüfen und hierzu eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen.

**Bewertung:**

Die Medizinischen Dienste begrüßen die Bemühungen des Gesetzgebers, Menschen mit einem besonderen Bedarf an außerklinischer Intensivpflege grundsätzlich ein Leben an dem Ort zu ermöglichen, welcher dem Wunsch des Versicherten entspricht. Zur Sicherstellung der Versorgung des Versicherten am entsprechenden Ort und damit zur Erhaltung der oft familiär gestützten Pflegearrangements kann der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Aufgaben einen wichtigen Beitrag leisten.

Problematisch erscheint aber die derzeit vorgesehene Regelung zur Prüfung der medizinischen und pflegerischen Versorgung am gewünschten Leistungsort, bevor diese tatsächlich implementiert worden ist. Insoweit erscheint die vorgesehene Regelung nicht praktikabel, da der Medizinische Dienst nicht im Vorfeld beurteilen kann, ob durch ärztliche und pflegerische Leistungserbringer die medizinische und pflegerische Versorgung des Versicherten in der Häuslichkeit sichergestellt werden kann. Es ist im Rahmen einer solchen Begutachtung nicht möglich, valide Feststellungen darüber zu treffen, ob ein Leistungserbringer personell und qualitativ in der Lage ist, die Versorgung des Versicherten zu gewährleisten. Hier werden zudem Aspekte einer sozialmedizinischen Begutachtung als Entscheidungsgrundlage für eine Leistungsgewährung durch die Krankenkasse und Aspekte der Struktur- und Qualitätsprüfung von Leistungserbringern miteinander vermischt.

Aus Sicht der Medizinischen Dienste sollte die Begutachtung aus diesen Gründen, zumindest bei i.S.d. Abs. 2 S. 1 Nr. 3 und 4 gewählten Versorgungsformen, in zwei Schritten erfolgen. Im ersten Schritt sollte ausschließlich das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen für den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege geprüft werden. Diese Prüfung, welche zu Beginn der Versorgung des Versicherten am Leistungsort erfolgen würde, stellt dabei sowohl das Wahlrecht des Versicherten als auch dessen Leistungsanspruch sicher und kann je nach Einzelfall auch durch eine Prüfung nach

Aktenlage erfolgen. In einer zweiten Begutachtung, welche erst erfolgt, wenn die Versorgung am gewünschten Leistungsort angelaufen ist, kann durch eine Begutachtung vor Ort die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung mit der notwendigen Aussagekraft begutachtet werden.

Durch das zuvor beschriebene Vorgehen würde das Wahlrecht der betroffenen Versicherten in größtmöglichem Umfang gewahrt bleiben, ohne dessen Versorgungssicherheit außer Acht zu lassen. Eine Einschätzung über die medizinische und pflegerische Versorgung am gewählten Leistungsort durch die Medizinischen Dienste würde demnach erst erfolgen, wenn die Umsetzung im realen Leben des Versicherten erfolgt ist. Diese Einführungsphase der Versorgung am gewünschten Leistungsort sollte dabei idealerweise mindestens vier aber nicht mehr als zwölf Wochen betragen. Sollte es bei der tatsächlichen Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Versorgung des Versicherten beispielsweise in dessen häuslichen oder familiären Umfeld zu einer unzureichenden Versorgung kommen, so könnte dieses durch diese zweite Begutachtung festgestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass eine unzureichende Versorgung von Versicherten mit einem intensivpflegerischen Versorgungsbedarf schnell zu einer Gefährdung von Leib und Leben führen kann. Eine solche Gefährdung würde dann auch das Eingreifen der Krankenversicherung, auf Grundlage einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, rechtfertigen. Die Begutachtung des Medizinischen Dienstes, welcher in dem vorgeschlagenen Modell auf einer Begutachtung der realen Lebenssituation beruhen würde, wäre insoweit auch eine ausreichende Grundlage für einen solchen erheblichen Eingriff in die Rechte des Versicherten. Nur durch dieses Vorgehen erscheint es überhaupt möglich, persönliche, familiäre und örtliche Umstände in die Begutachtung mit einfließen zu lassen.

Die Medizinischen Dienste regen an, im Rahmen der Gesetzesbegründung darzulegen, dass die Vor-Ort-Begutachtung des Versicherten zur Überprüfung der Angemessenheit der medizinischen pflegerischen Versorgung am Leistungsort nach einem beratungsorientierten Ansatz erfolgen sollte.

Zudem erscheint es nicht sachgerecht, dass die Begutachtung durch den MDK zwingend jährlich erneut durchzuführen ist. Zu den Zeitabständen der Begutachtung wird daher eine flexible Regelung vorgeschlagen.

Zur aufwandsarmen Durchführung sollten die Pflege- und Krankenkassen datenschutzrechtlich in die Lage versetzt werden, entsprechende Informationen untereinander auszutauschen und auf dieser Grundlage eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen.

#### Änderungsvorschlag:

§ 37c Abs. 2 S. 4 und 5 wird wie folgt neu gefasst:

*„Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1-3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst getroffen. Bei einer Versorgung nach Absatz 2 S. 1 Nr. 3 oder 4 wird die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach den Sätzen 2 bis 3 erfüllt sind, durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Diese Begutachtung erfolgt in der Regel vier bis zwölf Wochen nach Aufnahme der Versorgung. Die Krankenkasse hat ihre Feststellungen jährlich zu überprüfen und hierzu bei Bedarf eine erneute persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen.“*

Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die datenschutzrechtlichen Bestimmungen ausreichend sind, damit Pflege- und Krankenkassen entsprechende Informationen zur Versorgungssituation untereinander austauschen können und auf dieser Grundlage eine Leistungsentscheidung oder eine Änderung der Leistungsentscheidung treffen können.



**Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 37c Abs. 3 [neu] SGB V, Finanzielle Entlastung von Versicherten, die stationäre Versorgungsformen wählen, bei der außerklinischen Intensivpflege)**

Die beabsichtigte Regelung soll dahingehend ausgestaltet werden, dass Versicherte mit einem gleichartigen Versorgungsbedarf auch in finanzieller Hinsicht gleich behandelt werden.

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, welche Leistungen gemäß § 43 SGB XI erbringt, soll pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 SGB XI die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung gemäß § 87 SGB XI umfassen.

**Bewertung:**

Positiv ist zu bewerten, dass der Gesetzgeber im vorliegenden Gesetzesentwurf Versicherte erheblich entlastet, die sich für eine stationäre Versorgungsform entscheiden.

Außerklinische Intensivversorgung in der eigenen Häuslichkeit oder in wohngruppenartigen Wohnformen wird von den Betroffenen häufig aufgrund der nicht anfallenden Selbstkosten in der ambulanten Pflege gewählt. Dabei werden ggf. Einschränkungen bei der Versorgungsqualität, eine hohe soziale Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen oder größere Entfernungen zwischen Familie und Betreuungsort in Kauf genommen. Betroffene Versicherte könnten in einer für die außerklinische Intensivversorgung spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf die Qualität und die Belastung des sozialen Umfeldes ggf. besser versorgt werden–Durch die vorgesehene erhebliche Reduzierung des Eigenanteiles ist zu erwarten, dass finanzielle Aspekte für die Versicherten und ihre Familien künftig keine entscheidende Rolle bei der Entscheidung für die Versorgungsform spielen werden.

Insoweit wird dem Versicherten auch im Hinblick auf diese Versorgungsform ein wirkliches Wahlrecht ermöglicht.

**Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchst. a (§ 39 Abs. 1 SGB V , Qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus)**

Als Teil der Krankenhausbehandlung soll eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten eingeführt werden.

**Bewertung:**

Die grundsätzlich positiv zu bewertende Regelung sollte über den vorliegenden Regelungsinhalt hinaus ausgestaltet werden. 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 vorgesehenen Abschlüsse sowohl auf die fehlende Dokumentation als auch auf eine inadäquate Anschlussversorgung abzielen.

**Änderungsvorschlag:**

Es ist eine Regelung vorzusehen, nach der entsprechend dem Beatmungsstatus eine Anschlussversorgung einzuleiten ist bzw. dass zu dokumentieren ist, aus welchen Gründen ggf. kein spezialisiertes Entwöhnungszentrum angesteuert wurde.

**Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchst. b (§ 40 Abs. 3 SGB V, Medizinische Erforderlichkeit geriatrischer Rehabilitation)**

Die medizinische Erforderlichkeit soll bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation durch die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht geprüft werden, wenn eine vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vorliegt. Deren Anwendung und Ergebnis sind der Krankenkasse mit der Verordnung beizufügen.

In allen anderen Fällen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit von der vertragsärztlichen Verordnung nach den Absätzen 1 und 2 nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK abweichen. Diese Stellungnahme ist dem Versicherten und mit dessen Zustimmung auch dem verordnenden Arzt zur Verfügung zu stellen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können

**Bewertung:**

Insgesamt wurden diverse Anregungen und Hinweise aus den Stellungnahmen im neuen Kabinettsentwurf berücksichtigt und aufgenommen, allerdings wird weiterhin an der Sonderstellung der geriatrischen Rehabilitation gegenüber anderen vertragsärztlich verordneten ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation festgehalten.

In der Gesetzesbegründung wird nun klargestellt, dass die Ergebnisse eines geriatrischen Assessment nicht allein die Rehabilitationsindikation begründen, aus dem derzeitigen Gesetzestext geht dies in dieser Deutlichkeit nicht hervor. Es wird vorgeschlagen, im Sinne einer Klarstellung den Gesetzestext umzuformulieren.

Die Erweiterung um die Mitteilungspflicht der Krankenkassen über ihre Leistungsentscheidung an die verordnenden Vertragsärzte und bei Einwilligung auch an weitere Personen oder Institutionen wird grundsätzlich begrüßt. Dies erhöht zum einen die Transparenz und zum anderen kann es im Einzelfall hilfreich sein, wenn Patienten Unterstützung bei der Umsetzung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation benötigen.

Die hinzugekommene Ergänzung, dass der G-BA nunmehr auch festlegen soll, in welchen Fällen Leistungen der Anschlussrehabilitation ohne Überprüfung durch die Krankenkassen erbracht werden können, wird kritisch und als nicht erforderlich angesehen. Die Verfahren und Abläufe im Bereich der Anschlussrehabilitation funktionieren im Bereich der GKV ausgesprochen gut und zügig. Ca. 80 % aller Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu Lasten der GKV werden als Anschlussrehabilitation erbracht, die Bewilligungsquote liegt bei ca. 90 %.

Um das Verfahren noch weiter zu optimieren wurden kassenübergreifende einheitliche Antragsformulare entwickelt. Diese sind inzwischen Bestandteil des Rahmenvertrags Entlassmanagement nach § 39 Abs.1a SGB V und kommen seit 1. Januar 2020 verbindlich zum Einsatz.

Weitergehend sieht § 275 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit der „Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung“ vom 2. Juli 2008 bereits jetzt unter § 3 „Ausnahmen von der Prüfung in Stichproben“ in Absatz 1 vor, dass bei Anschlussrehabilitationen von der Prüfung in Stichproben abgesehen werden kann, wenn die Voraussetzungen vorliegen. Somit können die Krankenkassen auch jetzt eindeutige Fälle selbst entscheiden, was sich in der Praxis seit Jahren bewährt hat.

Zu beachten ist dabei aber grundsätzlich, dass bei Anträgen auf Anschlussrehabilitation, auch unter Berücksichtigung der sich in den letzten Jahren verkürzten Krankenhausverweildauern, nicht selten sozialmedizinischer Sachverstand und damit eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erforderlich ist. Hier stellen sich insbesondere Fragen zur Rehabilitationsfähigkeit, teilweise auch zur Rehabilitationsbedürftigkeit z.B. bei neuen OP- und Behandlungsmethoden, die Kassensachbearbeitern nicht bekannt sind oder auch zur Frage einer medizinisch sachgerechten Allokation. Die Begutachtung von AR-Anträgen erfolgt durch die MDK zeitnah und führt in der Regel nicht zu Verzögerungen. Eine Festlegung von „Fällen“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erscheint nicht zweckmäßig, da sich die Indikation zu einer Leistung der Rehabilitation immer am individuellen Bedarf des einzelnen Patienten orientieren muss unter Berücksichtigung relevanter personen- und umweltbezogener Kontextfaktoren (siehe auch § 13 SGB IX).

Eine Änderung der bisherigen gut funktionierenden Abläufe und Verfahren ist weder erforderlich noch zielführend.

#### Änderungsvorschläge:

§ 40 Abs. 3 S. 2 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die Indikation zu einer geriatrischen Rehabilitation anhand der Indikationskriterien ergänzt durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde.“

§ 40 Abs. 3 S. 10 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3. ~~und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.“~~“

Falls aber an einer Regelung zur Anschlussrehabilitation festgehalten werden sollte, dann wird nachfolgende alternative Ergänzung vorgeschlagen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der medizinischen Indikation durch die Krankenkasse erbracht werden können.“

**Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 132j Abs. 1 [neu] SGB V , Rahmenempfehlung zur außerklinischen Intensivpflege)**

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer auf Bundesebene haben unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Rahmenempfehlungen über die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege abgegeben.

**Bewertung:**

Die vorgesehene Einbeziehung des MDS in die Beratungen zur Rahmenempfehlung wird ausdrücklich begrüßt.

**Zu Artikel 1 Nr. 16 Buchst. b) bb) (§ 275b Abs. 1 S. 2 [neu] Verhältnis zwischen Prüfungen nach § 275b V und § 114 SGB XI)**

Bei Leistungserbringern der außerklinischen Intensivpflege, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben und für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, bei denen Regelprüfungen nach § 114 SGB XI erfolgen, unterliegen die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege der Prüfpflicht nach § 275b SGB V.

Bei Leistungserbringern der außerklinischen Intensivpflege, die Versicherte im Haushalt des Versicherten versorgen, bei denen Regelprüfungen nach § 114 SGB XI erfolgen, unterliegen die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege der Prüfpflicht nach § 114 SGB XI.

**Bewertung:**

Bei Leistungserbringern der außerklinischen Intensivpflege, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben und für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei denen Regelprüfungen nach § 114 SGB XI erfolgen, sollen zukünftig zwei verschiedene Prüfungen durchgeführt werden; einmal nach § 275b SGB V und einmal nach § 114 SGB XI. Dies wird zu einem zusätzlichen Aufwand für Leistungserbringer, Medizinischen Dienst und Kranken- und Pflegekassen führen. Dieses erscheint unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit als nicht geboten und wird daher abgelehnt. Sofern die vorgesehene Regelung zum Ziel haben sollte, unangekündigte Prüfungen zu ermöglichen, können auch andere, weniger aufwändige Organisationsformen gefunden werden.

**Änderungsvorschlag:**

Es sollte eine Regelung getroffen werden, die Doppelprüfungen vermeidet. Ggf. kann es sinnvoll sein, kombinierte Prüfungen vorzusehen. Es wäre auch möglich, Prüfungen nach § 114 SGB XI bei Einrichtungen mit einem Vertrag nach § 132j unangekündigt durchzuführen. Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung im SGB XI wäre möglich.

**Zu Artikel 3 Nr. 3 Buchst. a (§ 18a Abs. 1 SGB XI, Information über die gutachterlichen Feststellungen des MDK)**

Vorgesehen ist, dass mit Einwilligung des Antragstellenden die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung schriftlich oder elektronisch auch an seine Angehörigen oder Personen seines Vertrauens, die ihn versorgen oder dem behandelnden Arzt zugeleitet werden.

Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Abs. 3 Satz 4 vorliegt, soll diese unverzüglich an den Medizinischen Dienst sowie bei Einwilligung an den behandelnden Arzt sowie Angehörigen und an Pflege- und Betreuungseinrichtungen weitergeleitet werden.

Über die Möglichkeiten und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragstellende durch den MDK oder durch die Pflegekasse beauftragte Gutachter im Rahmen der Begutachtung zu informieren. Die Einwilligung ist schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

**Bewertung:**

Die hier geplante Information von An- und Zugehörigen oder Institutionen über die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung ist zu begrüßen. Aus den jährlichen Berichten des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs.3 SGB XI ist bekannt, dass nicht allen positiven Empfehlungen zu einer Rehabilitation auch eine Einwilligung der Versicherten zur Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger folgt. Außerdem werden von den genehmigten Leistungen zur Rehabilitation nicht alle tatsächlich angetreten. Eine Ursache dafür ist, dass Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen häufig überfordert und auf Unterstützung bei Antragstellung und Durchführung einer Rehabilitation angewiesen sind.

Dadurch, dass nun Personen des Vertrauens, behandelnde Hausärzte und andere Institutionen informiert werden, können diese auch unterstützend tätig werden. Die Informationsweitergabe kann nur nach Einwilligung des Antragstellenden erfolgen, diese soll durch die MDK im Rahmen der Begutachtung eingeholt werden.

Die Weiterleitung der Präventions- und Rehabilitationsempfehlung ist laut Gesetzestext nicht nur auf positive Reha-Empfehlungen begrenzt sondern soll für alle Präventions- und Reha-Empfehlungen gelten. Somit wäre hier bei jeder Pflegebegutachtung die Einwilligung des Antragstellenden zur Weiterleitung einzuholen.

Problematischer ist dagegen, die Einwilligung zur Weiterleitung des Leistungsentscheids des Rehabilitationsträgers an behandelnde Ärzte sowie Angehörige oder Institutionen bereits im Rahmen der Pflegebegutachtung einzuholen.

Zu diesem Zeitpunkt ist noch nicht abschließend entschieden, ob eine positive Reha-Empfehlung ausgesprochen wird, da im zweistufigen Verfahren die Ärztin bzw. der Arzt die abschließende Indikationsüberprüfung und ggf. Allokationsempfehlung ausspricht.

Hier sollte die Einwilligung zur Weiterleitung des Leistungsentscheids durch den Reha-Träger, in der Regel die Krankenkasse, eingeholt werden.

Dieses Vorgehen wäre zielführender und würde den bürokratischen Aufwand im Rahmen der Pflege- Begutachtung begrenzen und zudem bei den Versicherten keine falschen Erwartungen wecken.

Dass nun auch der MDK eine Information über die Leistungsentscheidung auf Grund seiner Reha-Empfehlung erhalten soll, wird begrüßt. Es erhöht die Transparenz und kommt dem immer wieder geäußerten Wunsch der Gutachter und Gutachterinnen nach, zu erfahren, ob und wie ihre Empfehlungen umgesetzt werden.

Änderungsvorschlag:

Die Einwilligung zur Weiterleitung der Information über den Leistungsbescheid des zuständigen Reha-Trägers an die behandelnden Ärzte oder Angehörige und Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist durch den Reha-Träger einzuholen.