

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)155(11)

gel. VB zur öAnh am 17.6.2020 -

GKV-IPReG

11.6.2020



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen
Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 11.06.2020**

zur öffentlichen Anhörung

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von
intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer
Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz –
GKV IPReG)**

BT-Drs. 19/19368

I. Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu dem zugrundeliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit im nachfolgenden Umfang Stellung.

Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

II. Einzelbemerkungen

Zu Artikel 1. „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 2:

§ 37c SGB V (neu)
Außerklinische Intensivpflege

Wortlaut des Absatzes 1 Satz 1 und 2:

„(1) ¹Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. ²Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. [...]“

Bewertung:

Zu Absatz 1 Satz 1 und 2:

Es wird begrüßt, dass mit der Definition des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege eine Kongruenz mit der bisherigen Definition in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) zum besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege hergestellt wird.

Wortlaut des Absatzes 1 Satz 3 und 4:

„(1) [...] ³Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. ⁴Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. [...]“

Bewertung:

Die Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2 Satz 3 dient in erster Linie der Allokation der Ressourcen an pflegerischen Fachkräften. Die Erreichung des Therapieziels ist aus medizinischer Sicht nicht immer gebunden an einen bestimmten Leistungsort, sondern die Leistung kann den Behandlungserfolg unabhängig vom Erbringungsort sicherstellen.

In Absatz 1 Satz 3 wird klargestellt, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfasst. Die Intention des Gesetzgebers, dass Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege im Vergleich zu anderen Versicherten bezüglich der Versorgung mit medizinischer Behandlungspflege im Sinne des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Sicherungspflege) gleichberechtigt sind, sollte jedoch klargestellt werden.

Daher wird empfohlen, die Begriffe in § 37 Abs. 2 SGB V und § 37c SGB V anzugleichen ([vgl. hierzu Änderungsvorschlag zu § 37 Abs. 2](#)).

Aufgrund der unterschiedlichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sollte die Verordnungskompetenz nicht allein auf für die intensivmedizinische Versorgung qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beschränkt werden. Denn für die Verordnung weiterer Leistungen, die nicht der Intensivpflege, sondern lediglich der gemeinen Behandlungspflege zugeordnet werden können (z. B. Wundversorgung oder An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen), können auch andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte „besonders qualifiziert“ sein.

Änderungsvorschlag:

In § 37c Abs. 1 Satz 4 wird vor dem Wort „Versorgung“ das Wort „jeweiligen“ eingefügt.

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die jeweilige Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist.“

Wortlaut des Absatzes 1 Sätze 6 bis 8:

„(1) [...] ⁶Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben und zu dokumentieren. ⁷Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. ⁸Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Absatz 1 Satz 2,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,
3. an die Qualifikation der Leistungserbringer nach Nummer 2,
4. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Absatz 1 Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, und
5. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen [...].“

Bewertung zu Satz 6:

Die Streichung des Wortes „kontinuierlich“ in Absatz 1 im Vergleich zur Fassung des Referentenentwurfes des Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) ermöglicht auch Patientinnen und Patienten, die in der Entwöhnung fortgeschritten sind oder längerfristig einen Beatmungsbedarf mit Beatmungspausen haben, den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Diese Erweiterung erscheint sachgerecht.

Bewertung zu Satz 7:

Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte können, das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen erheben und dokumentieren. Diese Erhebung ist dann Basis der Verordnung und der Erörterung des Therapieziels durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt. Bei diesem personellen „Bruch“ muss der für die Verordnung erforderliche Informationsfluss an die verordnende Vertragsärztin bzw. den verordnenden Vertragsarzt sichergestellt sein.

Bewertung zu Satz 8:

Die Konkretisierung der Regelungskompetenzen des G-BA in einer künftigen Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege wird begrüßt.

Die vorgesehene Frist für das Beratungsverfahren beim G-BA von 12 Monaten ist für ein ordnungsgemäßes Beratungsverfahren einschließlich der gesetzlich vorgesehenen Einbeziehung von Beteiligten und Sachverständigen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und der Anhörung zu kurz bemessen und sollte auf 18 Monate verlängert werden. Dies gilt insbesondere für die umfangreiche und komplexe Neuregelung des Leistungsanspruchs und der Leistungserbringung außerklinischer Intensivpflege differenziert nach unterschiedlichen Patientengruppen sowie deren Verordnung in einer neuen Richtlinie. Zudem muss aufgrund der Änderung in § 92 Abs. 7g SGB V (neu) der Kreis der Stellungnahmeberechtigten erstmals ermittelt werden ([s. u.](#)).

Darüber hinaus könnte aufgrund der Komplexität des Themas und zur Einholung besonderer Sachkunde eine mündliche und / oder schriftliche Expertenbefragung erforderlich sein. Es ist davon auszugehen, dass sich der Bedarf an zusätzlicher Expertise aufgrund der Anforderung an eine differenzierte Regelung für unterschiedliche Patientengruppen nach § 37c Abs. 1 Satz 8 im Vergleich zu den Festlegungen des Entwurfes zum RISG weiter erhöhen und zusätzliche Beratungszeit erforderlich machen wird.

Die Differenzierung der Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte, um unterschiedlichen Bedarfen dieser besonderen Personengruppen Rechnung tragen, wird ausdrücklich unterstützt.

Jedoch ist der Begriff „getrennt“ an dieser Stelle missverständlich: Junge Volljährige können auch Erkrankungen aufweisen, die keine Erkrankungen des Kinder- und Jugendalters sind. Durch das Wort „getrennt“ wird suggeriert, dass diese in Hinblick auf allgemeine Erkrankungen ohne Bezug zu Krankheiten des Kinder- und Jugendalters nicht bei den Volljährigen zu berücksichtigen sind. Dies dürfte aber ausweislich der Gesetzesbegründung nicht intendiert sein.

Darüber hinaus ist die Altersangabe „junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres“ nicht nachvollziehbar. Ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters könnte auch über das 27. Lebensjahr hinaus fortbestehen.

Es wird angeregt, klarstellend die Regelung des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a in der Richtlinienkompetenz des G-BA nach Nr. 2 aufzunehmen um die besondere Relevanz einer Verordnung der außerklinischen Intensivpflege bereits bei Entlassung insbesondere beatmeter Patientinnen und Patienten durch den behandelnden Krankenhausarzt oder die behandelnde Krankenhausärztin zur Sicherung der Versorgungskontinuität zu unterstreichen. Die vorgesehene Verordnungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst keine Regelungen zu strukturellen Anforderungen über die Qualifikation der Leistungserbringer hinaus, namentlich zu Anforderungen an bauliche Gegebenheiten, und andere erforderliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich damit verbundener Qualitätsmanagementsysteme. Es wird angeregt, den Kompetenzenkatalog um entsprechende Regelungen zu erweitern, so dass der G-BA bundeseinheitlich unter Zugrundelegung der aktuellen medizinischen Erkenntnisse Anforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität

festlegen kann, die soweit erforderlich durch die Vertragspartner nach § 132j Abs. 1 konkretisiert werden können.

Änderungsvorschlag:

In § 37c Absatz 1 Satz 8 werden die Wörter „bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres“ und das Wort „getrennt“ gestrichen.

In Nr. 2 wird die Angabe „ und der Versorgungskoordination“ ersetzt durch die Wörter „, der Versorgungskoordination und dem Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a.“. Dem Satz 8 werden die folgenden Nummern angefügt:

„6. an die strukturellen Anforderungen, insbesondere an bauliche Qualitätsanforderungen“

7. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich Anforderungen an einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„[...] Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige ~~bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres~~, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte ~~getrennt~~ das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Absatz 1 Satz 2,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und, der Versorgungskoordination und dem Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a,
3. an die Qualifikation der Leistungserbringer nach Nummer 2,
4. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Absatz 1 Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, und
5. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen. [...]“
6. an die strukturellen Anforderungen, insbesondere an bauliche Qualitätsanforderungen
7. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich Anforderungen an einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Bewertung zu Satz 8 Nummer 2:

In Hinblick auf die in § 37c Abs. 1 Satz 8 SGB V genannte Regelungskompetenz des G-BA zur „Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung

beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination“ ist unklar, inwiefern der G-BA auch Anforderungen für die Qualifikation von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, wie beispielsweise Krankenhausärztinnen und -ärzte, bestimmen kann. Eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung wird angeregt.

Bewertung zu Satz 8 Nummer 3 i. V. m. Nummer 5:

In der Abgrenzung des Regelungsauftrags zu Anforderungen an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen (Absatz 1 Satz 6 Nummer 5) und zu Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 6 Nummer 3 bestehen ebenfalls Unschärfen. Die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind „an der medizinischen Versorgung beteiligte ärztliche Leistungserbringer“ i. S. v. Nr. 2, so dass die Regelung deren Qualifikation und mithin auch die Vorgabe der „besonderen Qualifikation“ bereits in Nr. 3 enthalten sein dürfte. Es ist deshalb unklar, ob und inwieweit der Regelungsauftrag in Nr. 5 über den Regelungsauftrag in Nr. 3 hinausgeht. Eine Klarstellung und ggf. Konkretisierung oder Streichung wäre begrüßenswert.

Wortlaut des Absatzes 2:

„(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 des Elften Buches erbringen,
2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder
4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.

Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung nach Satz 5 zu einem früheren Zeitpunkt durchführen. Die Leistung an einem Leistungsort nach Satz 3 oder 4 kann versagt und der Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten

1. durch die oder den Versicherten oder
2. durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechtigte Person

nicht erteilt wird und dadurch die Feststellung nach Satz 4 oder die Überprüfung nach Satz 5 und Satz 6 nicht möglich ist. Die §§ 65, 66 und 67 des Ersten Buches bleiben unberührt.“

Bewertung:

Die Zumutbarkeitsprüfung und der ausdrückliche Vorrang des Leistungsortes der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen, oder einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Abs. 5 Nummer 1 SGB V wurde im Vergleich zum Entwurf des RISG gestrichen und durch eine Feststellung der Voraussetzungen durch die Krankenkassen nach persönlicher Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ersetzt. Der Anspruch für behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten, ist nun klarstellend ergänzt worden. Der in der Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA zum RISG beschriebene Abwägungsprozess wird durch die vorgesehene Erörterung und der persönlichen Begutachtung aufgegriffen.

Bei der Feststellung, ob die Leistungsvoraussetzungen am gewünschten Leistungsort vorliegen, ist dem Wortlaut nach jedoch nicht erkennbar, inwiefern die Expertise des

verordnenden Vertragsarztes bzw. der verordnenden Vertragsärztin eingebunden wird. Eine entsprechende Klarstellung wird empfohlen.

Änderungsvorschlag:

In Absatz 2 wird nach Satz 4 folgender Satz angefügt: „Bei der Feststellung wirken der Medizinische Dienst und die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt eng zusammen.“

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Bei der Feststellung wirken der Medizinische Dienst und die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt eng zusammen.“

Zu Nummer 4:

§ 40 SGB V
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zu lit. b):

Absatz 3 wird wie folgt ändert:

aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„²Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. ³Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. ⁴Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. ⁵Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen. ⁶Die Krankenkasse teilt den Versicherten und den verordnenden Ärztinnen und Ärzten das Ergebnis ihrer Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mit und begründet die Abweichungen von der Verordnung. ⁷Mit Einwilligung der Versicherten in Textform übermittelt die Krankenkasse ihre Entscheidung schriftlich oder elektronisch den Angehörigen und Vertrauenspersonen der Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen. ⁸Vor der Verordnung informieren die Ärztinnen und Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Satz 5 zu erteilen, fragen die Versicherten, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an die in Satz 7 genannten Personen oder Einrichtungen einwilligen, und teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit. ⁹Die Aufgaben der Krankenkasse als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch bleiben von den Sätzen 1 bis 4 unberührt. ¹⁰Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungs-

instrumente 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:

Die Regelung ist zu begrüßen. Eine Vereinfachung des Genehmigungsverfahrens für geriatrische Rehabilitation vermag den Zugang zu dieser zu erleichtern.

Die Ausführungen in der Gesetzesbegründung zu den Sätzen 6 bis 8 zeigen, dass hiermit vorwiegend geriatrische Patientinnen und Patienten in den Blick genommen werden. Da sich der vorangegangene Satz 4 aber auf alle Rehabilitationsleistungen nach Absatz 1 und 2 bezieht, sind auch die Folgesätze (6 ff.) nur in diesem Sinne zu verstehen.

Die Regelungen in den Sätzen 6 bis 8, geltend für alle Arten von Rehabilitationsleistungen, werden begrüßt, da dies insgesamt die Transparenz der Entscheidung der Krankenkasse und die Koordination der Beteiligten unter Einbeziehung des familiären Umfelds verbessert. Andererseits entstehen zugleich neue Informationspflichten. Hier bietet die Möglichkeit des elektronischen Austauschs die Chance, bürokratische Verfahren zu vermeiden.

Der gesetzliche Auftrag an den G-BA in Satz 10 wird begrüßt, da hiermit eine bundesweit einheitliche Anwendung „geeigneter Abschätzungsinstrumente“ gesichert werden kann. Darüber hinaus soll der G-BA festlegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Eine Vereinheitlichung eines standardisierten Verfahrens für Anschlussrehabilitationen ist sehr zu begrüßen. Ein solches hat sich bei der Deutschen Rentenversicherung bereits bewährt. Insbesondere die Prüfung der Krankenkasse stellt hier den wesentlichen Zeitfaktor dar. In der Gesetzesbegründung heißt es zudem, dass die Bedeutung der Geriatrie zu berücksichtigen ist. Anschlussrehabilitationen stellen aber – abgesehen von Krankheitsschwere, dem beschleunigten Verfahren und der abweichenden Zuzahlungsregelung (§ 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V) – reguläre medizinische Rehabilitationsleistungen dar. Die Regelung des Satzes 10 betrifft folglich über die geriatrische (Anschluss-)Rehabilitation hinaus auch Rehabilitationsleistungen bei anderen Indikationen.

Änderungsvorschlag:

Um dies klarer herausstellen, wird die Verortung der zwei gesetzlichen Regelungsaufträge an den G-BA in zwei gesonderten Sätzen empfohlen.

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„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 Er legt zudem fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.“

Zur Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa:

„Demgegenüber gelten im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung für die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weitergehende Voraussetzungen. Neben der ärztlich festgestellten medizinischen Erforderlichkeit dieser Leistungen müssen weitere anspruchsgrundende Voraussetzungen erfüllt werden. Die Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn der Versicherte die für ihre Inanspruchnahme erforderlichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) erfüllt und die Leistungen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern.“

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA regen hierzu eine Klarstellung in der Gesetzbegründung bzgl. der Deutschen Rentenversicherung an, da diese Passage an dieser Stelle in der Begründung unverständlich erscheint.

Zu Nummer 8.

§ 92 SGB V
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zu lit. b):

Nach Absatz 7f wird folgender Absatz 7g eingefügt:

„(7g) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist den in § 132j Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen Versicherten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Bewertung:

Die Einbindung der Expertise der in § 92 Abs. 7g SGB V (neu) genannten Stellungnahmeberechtigten in die Entscheidung des G-BA über eine Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V (neu) wird begrüßt.

Zu Nummer 14:

§ 132j SGB V

Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

Redaktioneller Hinweis:

In der aktuellen Fassung des SGB V bestehen aufgrund der Änderungen durch das Masernschutzgesetz bereits Paragrafen mit der Nummerierung 132j und 132k, so dass die Benennung des hier vorgesehenen § 132j oder der bereits existierenden Paragrafen einer Anpassung bedarf.

Zu Nummer 15:

§ 275 SGB V
Begutachtung und Beratung

Zu lit. a):

In Nummer 1 erster Halbsatz wird nach der Angabe „41“ ein Komma und werden die Wörter „mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2,“ eingefügt.

Bewertung:

Aus Sicht der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA ist hier eine Ergänzung erforderlich, da nicht nur die Prüfung die Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation, sondern auch die der vom G-BA bestimmten Anschlussrehabilitationen entfallen sollen. Aufgrund des vergleichbaren Wortlauts des § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V mit dem des Satzes 3 ist davon auszugehen, dass auch hier (bei Anschlussrehabilitation) weder die Krankenkasse noch der Medizinische Dienst prüfen soll.

Änderungsvorschlag:

In Nummer 1 erster Halbsatz wird nach der Angabe „41“ ein Komma und werden die Wörter „mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2 sowie der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 40 Absatz 3 Satz 8 festgelegten Fälle für Anschlussrehabilitationen,“ eingefügt.

Zu Artikel 2 „Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 1:

§ 37 SGB V
Häusliche Krankenpflege

Zu lit. a):

Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c haben.“

Bewertung:

Durch eine gleichlautende Formulierung der Begrifflichkeit „(medizinische) Behandlungspflege“ in § 37 Abs. 2 und § 37c sollte klargestellt werden, dass die von § 37 Abs. 2 Satz 1 abgedeckten Leistungen der Sicherungspflege auch im Rahmen des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege erbracht werden können ([vgl. Ausführungen zu § 37c Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V](#)) und der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei Bedarf mit enthält.

Änderungsvorschlag:

In § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird vor dem Wort „Behandlungspflege“ das Wort „medizinische“ eingefügt.

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege medizinische Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.“