

Berlin, 07.07.2015

Stellungnahme
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der
pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Wir begrüßen die vorgesehene Änderung, nach der die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Pflegebegutachtung zukünftig auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zu treffen sind. Wir teilen die Auffassung, dass die Anzahl der ausgesprochenen Empfehlungen nicht bedarfsgerecht, da deutlich zu niedrig ist und halten ein vereinheitlichtes Verfahren grundsätzlich für geeignet, den Rehabilitationsbedarf besser zu erkennen.

Deutlich wirkungsvoller wäre es jedoch, den Rehabilitationsbedarf bereits zu einem früheren Zeitpunkt zu erkennen und nicht erst, wenn Pflegebedürftigkeit unmittelbar bevorsteht bzw. bereits eingetreten ist. Es ist erforderlich, Strukturen zu schaffen, die sicherstellen, dass bereits erkannter Bedarf auch zur Erbringung von Rehabilitationsleistungen führt.

Dazu sollte in der Hausarztpraxis angesetzt werden. Der Hausarzt kennt die Patienten gut und kann drohende Abhängigkeit von Pflege gut und frühzeitig identifizieren. Es ist erforderlich, der Verordnung von medizinischer Rehabilitation durch den Hausarzt mehr Bedeutung zu verleihen. Aktuell wird fast die Hälfte der vom niedergelassenen Arzt verordneten Rehabilitationsmaßnahmen (sog. Heilverfahren) abgelehnt (s. KG 5).

Ergänzend sollte dem G-BA die Aufgabe übertragen werden, unbürokratische und standardisierte Testverfahren wie zum Beispiel den „**Timed Up and Go-Test**“ in den Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V festzuschreiben.

Wir halten daher folgende **Änderung** für notwendig:

1. § 40 Abs. 3 SGB V:

„(3) Die Krankenkasse ~~bestimmt~~ **bewilligt** nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls **unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung** Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. **Von der ärztlichen Verordnung darf die Krankenkasse nur auf der Basis eines sozialmedizinischen Gutachtens durch den MDK nach persönlicher Untersuchung abweichen. Im Gutachten müssen konkrete Behandlungsalternativen und deren zumutbare Verfügbarkeit aufgezeigt werden. Das**

~~Gutachten ist dem Versicherten zu übermitteln. ... Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. ...“~~

Begründung:

In der Verordnung werden dezidiert die Voraussetzung für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen

- bestehende Rehabilitationsbedürftigkeit,
- gegebene Rehabilitationsfähigkeit und
- eine positive Rehabilitationsprognose

erfasst und überprüft. Diese Feststellungen sind medizinischer Natur und können ausschließlich durch Ärzte getroffen werden. Krankenkassen als Verwaltungsbehörden sollte kein Beurteilungsspielraum für diese medizinischen Tatbestände eingeräumt werden.

Die Fristenregelung ist entbehrlich, da Leistungen ohnehin nur erbracht werden, wenn sie erforderlich sind. Gerade zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit kann nur die Erforderlichkeit ausschlaggebend sein und nicht formale Voraussetzungen.

Die Prüfung dieser Voraussetzungen darf ausschließlich durch Ärzte des MDK nach Begutachtung des Patienten im Einzelnen erfolgen. Dazu muss eine Abstimmung zwischen MDK-Gutachter und verordnendem Hausarzt verpflichtend vorgeschrieben werden. In seinem Gutachten muss der MDK-Gutachter konkrete Empfehlungen zu Behandlungsalternativen des Patienten machen.

Eine MDK Begutachtung nach Aktenlage muss generell in Frage gestellt werden. Papierbegutachtungen werden den Interessen der Patienten nicht gerecht. Sie dürfen auch nicht damit gerechtfertigt werden, dass die Kapazitäten des medizinischen Dienstes nicht ausreichend wären. Im Vordergrund der Antragsbearbeitung sollte die Organisation einer zügigen bedarfsgerechten pflegevermeidenden Versorgung stehen.