

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit
am 11.09.2019**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabili-
tation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen
Krankenversicherung**

Stand 06.09.2019

Inhaltsverzeichnis:

I. Vorbemerkungen	- 4 -
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs.....	- 9 -
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 9 -
Art. 1 Nr. 1 § 37 Absatz 2 – Häusliche Krankenpflege und Art. 1 Nr. 2 § 37c neu – außerklinische Intensivpflege.....	- 9 -
Art. 1 Nr. 3 a) § 39 Absatz 1a SGB V – Entlassmanagement / Krankenhausbehandlung.....	- 13 -
Art. 1 Nr. 4 § 40 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	- 15 -
Art. 1 Nr. 4 § 40 Abs. 3 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	- 16 -
Art. 1 Nr. 5 § 41 Abs. 1 SGB V Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	- 20 -
Art. 1 Nr. 7 § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	- 21 -
Art. 1 Nr. 8 Buchstabe a § 111 Abs. 5 SGB V, Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	- 22 -
Art. 1 Nr. 8. Buchstabe b) § 111 Abs. 7 SGB V, Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	- 23 -
Art. 1 Nr. 9 § 111a Abs. 1 SGB V Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen	- 26 -
Art. 1 Nr. 10 § 111b SGB V Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	- 27 -
Art. 1 Nr. 10 § 111b Abs. 6 SGB V Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	- 28 -
Art. 1 Nr. 11 Buchstabe a) § 111c Abs. 3 SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen	- 29 -
Art. 1 Nr. 11 Buchstabe b) § 111c Abs. 5 SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen	- 30 -
Art. 1 Nr. 12 § 112, Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung	- 31 -
Art. 1 Nr. 13 § 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	- 33 -
Art. 1 Nr. 14 § 132i SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege	- 35 -
Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 39 -
Art. 2 Nr. 15 § 275b SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst	- 39 -

Artikel 4 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes	- 41 -
Art. 4 Nr. 1 § 5 Abs. 3f KHEntgG, Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	- 41 -
Art. 4 Nr. 2 § 6 Abs. 2a KHEntgG - Vereinbarung sonstiger Entgelte	- 42 -
Art. 4 Nr. 3 § 9 Abs. 1a KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene	- 43 -
Art. 5 – Inkrafttreten	- 44 -
III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	- 45 -
§ 111 Abs. 5 SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen	- 45 -
§ 111c Abs. 3 SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen	- 47 -
§ 114 Abs. 2 SGB XI Qualitätsprüfungen: Folgeregelung aufgrund eines eigenständigen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege in § 37c SGB V	- 48 -

I. Vorbemerkungen

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung enthält im Wesentlichen zwei Schwerpunkte:

1. Weiterentwicklung der außerklinischen Intensivpflege zu einer bedarfsgerechten Versorgung
2. Weiterentwicklung der Rehabilitation.

1. Weiterentwicklung der außerklinischen Intensivpflege zu einer bedarfsgerechten Versorgung

Mit der Weiterentwicklung der außerklinischen Intensivpflege wird u.a. die seitens der von AOK angestoßene Diskussion um diese Versorgung aufgegriffen. Diese ist gekennzeichnet von vielfältigen, aber weitgehend intransparenten Entwicklungen von Strukturen und Angeboten der Beatmungspflege in den letzten Jahrzehnten, ökonomischen Fehlanreizen insbesondere hinsichtlich der Wahl der Versorgungsform und unterschiedlich ausgestalteten Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen. Es ist nach derzeitiger Kenntnis anzunehmen, dass die etablierten Strukturen und Angebote von intensivpflegebedürftigen Patienten kaum bedarfsgerecht ausgestaltet sind:

- So können Krankenhäuser ohne größeren Aufwand beatmete Patienten in die außerklinische Versorgung entlassen und damit den Intensivpflegeplatz wieder frei belegen, ohne Weaningpotenziale zu überprüfen oder gar zu heben. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten in signifikanter Höhe in die außerklinische Langzeitpflege überführt werden, obwohl keine Indikation für ein Tracheostoma oder eine invasive außerklinische Beatmung besteht (DIGAB e.V.).
- So zeichnet sich in der außerklinischen Langzeitversorgung ein breites Angebotsspektrum ab - von der Versorgung in der Privatwohnung oder in Intensivwohngemeinschaften bis hin zur Versorgung in spezialisierten Einrichtungen - mit jeweils unterschiedlichen Leistungsausgestaltungen und -umfängen sowie Kostenträgern. Studien (VELA-Regio, Shape) weisen auf fehlende einheitliche Versorgungsstandards hin. Die vulnerable Gruppe von intensivpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten kann derzeit kaum erwarten, überall und jederzeit eine bedarfsgerechte außerklinische intensivpflegerische Versorgung zu finden, die verlässlichen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen entspricht.
- So fand zwar in den letzten Jahren ein erkennbarer Ausbau an spezialisierten ambulanten Strukturen und Angeboten für Patientinnen und Patienten mit außerklinischem Intensivpflegebedarf, insbesondere der privaten Träger, statt. Aber es gibt zahlreiche Berichte, dass sich diese Ausdifferenzierung vornehmlich an marktförmig-ökonomischen Anreizsystemen sowie entlang sozialrechtlichem Silodenken ausrichtet und weniger am konkreten Bedarf der Patienten und Qualitätsgesichtspunkten. Damit einhergehend

stagniert gleichzeitig die Zahl der Plätze in spezialisierten vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen; je nach Region ist sie sogar rückgängig.

- So stellt die fachärztliche Versorgung eine Herausforderung in dieser komplexen Versorgungssituation dar. Es fehlen häufig die entsprechende ärztliche Qualifikation oder auch die Bereitschaft der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, die Patienten mit außerklinischem Intensivpflegebedarf zu versorgen. Auch in einer angemessenen Entfernung finden sich keine Ärzte mit der entsprechenden Qualifikation.
- So wünschen sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörige eine intensivpflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Als eine der wesentlichen Entscheidungsfaktoren gelten dabei unter anderem die mit ambulanten Versorgungsformen gegenüber der stationären Versorgung verbundenen geringeren Eigenbeteiligungen. Darüber hinaus ist auch die Wohnortnähe ein wesentlicher Aspekt für die Auswahl einer Einrichtung zur bisherigen angestammten Häuslichkeit respektive zu den Angehörigen (ZQP 2017).
- So wird das Gefährdungspotential insbesondere für ambulante Wohnformen fachlich kritischer eingeschätzt als für vollstationäre Settings, u. a. weil Risikosituationen häufig aus strukturellen Problemen heraus entstehen (u.a. Personalwechsel, dauernde Präsenz von wechselnden Pflegepersonen, Kompetenzdefizite, Überforderung, fehlende Absprachen, instabile elektrische Konstruktionen/Beatmungsgeräte an Haussteckdosen, fehlender ausreichender Platz für Pflegebett, Technik und Personal).

Die Vorschläge des Bundesgesundheitsministeriums zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden daher begrüßt. Denn sie greifen die wesentlichen Versorgungsprobleme in der außerklinischen Langzeitpflege auf und zielen darauf ab, den besonderen Anforderungen an die Versorgung gerecht zu werden und die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten mit außerklinischem Intensivpflegebedarf zu erhöhen.

Mit der Etablierung

- eines eigenen Leistungsanspruchs für die außerklinische Intensivpflege an unterschiedlichen Versorgungsorten,
- von einheitlichen Qualitätsanforderungen über bundesrahmenvertragliche, verbindliche Regelungen respektive über Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die an der außerklinischen Versorgung Beteiligte und
- mit der Verpflichtung der Abklärung von Weaningpotenzialen in Krankenhäusern vor Entlassung und in der ambulanten Nachsorge

wird eine integrierte und bedarfsgerecht abgestufte Versorgung transparent, einheitlich und qualitätsgesichert sowie sektorenübergreifend gewährleistet.

Darüber hinaus wird mit der monistischen Finanzierung von spezialisierten vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen durch die Krankenkassen sichergestellt, dass die Entscheidung über die Auswahl einer Versorgungsform bzw. Lebensort nicht von haushaltsökonomischen Erwägungen der Betroffenen und ihren Angehörigen abhängt. Damit verbunden werden Anreize für den Ausbau von vollstationären außerklinischen Intensivpflegeplätzen gesetzt.

Im Referentenentwurf besonders hervorzuheben ist, dass künftig regelhaft die außerklinische Intensivpflege in spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohngemeinschaften stattfinden soll. Eine Versorgung in der Privatwohnung oder an sonstigen geeigneten Orten soll nur noch in Ausnahmefällen erfolgen, wenn eine Versorgung in den vorgenannten Einrichtungen nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Mit dieser Vorrang-Nachrang-Regelung wird erstmals vom Gesetzgeber der Grundsatz „Ambulant vor stationär“ im Sinne einer effizienten und wirtschaftlichen Versorgung auch zugunsten der Patientensicherheit aufgebrochen. Mit der Vorrang-Nachrang-Regelung wird aber in das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl des Versorgungs- und Lebensorts eingegriffen. Allerdings trägt eine solche Lösung auch zur Milderung der Fachkräfteproblematik bei.

Zudem ist die Langzeitversorgung von intensivpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten, unabhängig davon, ob sie in Privatwohnungen, Intensivwohngemeinschaften oder vollstationären Einrichtungen durchgeführt wird, mit hohen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen verbunden. Studien hierzu problematisierten den hohen administrativen Aufwand sowie räumliche und soziale Barrieren in ambulanten Wohnformen; Privatwohnungen, die baulich für technikintensive Pflege ungeeignet sind und die erhebliche Sicherheitsrisiken für Pflegebedürftige, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedienste bergen können.

Es wird daher empfohlen, an diesen Regelungen nachzujustieren: Grundsätzlich umfasst der Leistungsanspruch auch eine Versorgung in der Privatwohnung, sofern es den Bedürfnissen und Bedarfen des Versicherten entspricht und Rahmenbedingungen erfüllt sind, um eine fachpflegerische Versorgung zu gewährleisten. In der vorgesehenen Zumutbarkeitsregelung sind daher entsprechende Regelungen aufzugreifen, die die Rahmenbedingungen beschreiben, wann eine Versorgung in der Privatwohnung unter Qualitäts- und Sicherheitsaspekten nicht mehr zumutbar ist, weil damit die fachpflegerische Versorgung nicht ermöglicht wird und das Patientenwohl gefährdet ist.

2. Rehabilitation und Krankenhaus

Angesichts der demographischen Veränderungen, zunehmender Multimorbidität der geriatrischen Versicherten und komplexerer Versorgungsketten ist es sinnvoll, die Rolle und die Einbettung der medizinischen Rehabilitation im Kontext der medizinischen wie pflegerischen Versorgung zu stärken.

Der vorgelegte Referentenentwurf skizziert diesbezüglich Regelungen, die zu einer Stärkung der medizinischen Rehabilitation im Versorgungsgeschehen für die Versicherten beitragen können, sofern eine hinreichende Konkretisierung erfolgt. Eine Reihe von Regelungsvorschlägen ist abzulehnen, da Fehlanreize zwischen den Versorgungssektoren und im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen entstehen oder die notwendigen Voraussetzungen fehlen.

Zu begrüßen ist, dass der Referentenentwurf Voraussetzungen für mehr Transparenz in der medizinischen Rehabilitation schaffen soll. Der Referentenentwurf sieht vor, einheitliche Grundsätze für die Versorgungs- und Vergütungsverträge der medizinischen Rehabilitation über noch zu erarbeitende Rahmenempfehlungen vorzugeben. Die vorgesehenen Regelungen können

dazu beitragen, einen versichertenorientierten Vertragswettbewerb zu stärken. Es sind dazu jedoch strukturelle Anpassungen notwendig. Zentral ist zu berücksichtigen, dass Versorgung immer regional gestaltet werden muss und nicht bundeseinheitlich entworfen werden kann. Das gilt insbesondere für den Rehabilitationsbereich, der regional sehr unterschiedlich aufgestellt ist – u. a. bezüglich der Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen bei der neurologischen oder geriatrischen Versorgung. Ähnliche Unterschiede bestehen im Zusammenspiel mit der Deutschen Rentenversicherung und ihren regionalen Zuständigkeiten. Die Versorgung ist daher gerade in der Rehabilitation zwingend durch regionale Verträge zu gestalten.

Ergänzt werden kann das regionale Vertragsprinzip durch einen bundesweiten Rahmen, der durch die vorgesehenen Regelungen an Verbindlichkeit gewinnen kann. Im Sinne der Versicherten sinnvoll austariert ist das Verhältnis von bundesweitem Rahmen und regionaler Vertragskompetenz, wenn auf der Bundesebene Rahmenvorgaben für die Leistungsdefinition und Qualitätsstandards - im Sinne von Mindeststandards - formuliert und auf regionaler Ebene die übrigen Versorgungsaspekte vertraglich definiert werden. Diese umfassen u. a. Versorgungskonzepte, Qualitätsanforderungen, die über Mindeststandards hinausgehen, sowie die Preisgestaltung. Es entsteht so ein verbindlicher Rahmen, der einen fairen und qualitätsorientierten Wettbewerb um optimale Vertragslösungen ermöglicht.

Die Regelungen des Referentenentwurfs sind ausgehend von diesem Zielbild zu modifizieren: Auf Bundesebene erfolgt eine Leistungsdefinition sowie die Definition von Mindestvorgaben der Qualitätssicherung. Es wird damit einerseits die Grundlage für mehr Transparenz geschaffen. Bislang werden in der GKV - im Unterschied zur gesetzlichen Rentenversicherung - insbesondere die tatsächlichen Leistungsinhalte (u.a. Therapieeinheiten) nicht bzw. ungenügend standardisiert erfasst. Sie sind damit für die GKV auch nicht Teil der Abrechnungsdaten und stehen u. a. für die Qualitätssicherung, eine evidenzorientierte Versorgungssteuerung oder für die angemessene Berücksichtigung einer leistungsorientierten Vergütung nicht zur Verfügung.

Andererseits sind verbindliche Mindeststandards der Qualitätssicherung (QS) zu formulieren, die gewährleisten, dass kein Preisdumping erfolgt. Das derzeitige Verfahren der externen QS ist jedoch kaum geeignet, die Versicherten und die Kostenträger bzgl. einer qualitätsorientierten Inanspruchnahme zu informieren. Ein Grund ist, dass die Reha-Einrichtungen an unterschiedlichen QS-Verfahren teilnehmen - entweder an dem QS-Reha-Verfahren der GKV oder dem der Rentenversicherung (RV). Diese Trennung ist nicht mehr zeitgemäß und schwächt die Qualitätssicherung der GKV. Ferner führt dies zu einem hohen Bürokratieaufwand in den Reha-Einrichtungen. Aus diesem Grund setzt sich die AOK für eine Zusammenführung der QS-Verfahren von GKV und Rentenversicherung zu einem gemeinsame Verfahren ein.

Ein elementarer Baustein einer stärkeren Qualitäts- und Leistungsorientierung der Vergütung in der Rehabilitation ist darüber hinaus eine vollständige elektronische Erfassung und Übermittlung der Leistungs- und Abrechnungsdaten. Jedoch ist im Rehabilitationsbereich der Datenaustausch noch nicht sehr weit vorangeschritten. Wesentlich dafür ist, dass die Leistungserbringer nicht sanktioniert werden, wenn sie sich nicht an dem gesetzlich vorgeschriebenen elektronischen Datenaustausch beteiligen. Es sollte daher für den Rehabilitationsbereich eine Malusregelung für die Verweigerung des DTA-Verfahrens (analog zu den Regelungen für die Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Hebammen nach § 303 Abs. 3 SGB V) aufgenommen werden.

Die geplante Regelung, nach der die Bezahlung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, entspricht den Regelungen in vielen anderen Leistungsbereichen. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass es nicht zu einem Verschiebeparkplatz zu Lasten der Krankenkassen kommt. Daher ist analog zum Krankenhaussektor ein Preisindex (Orientierungswert) für die Rehabilitation zu definieren, der die Preisentwicklung abbildet und für die Fortentwicklung der Vergütungssätze der medizinischen Rehabilitation heranzuziehen ist. Übergreifend zu prüfen ist, welcher institutionelle Rahmen für die Definition von Leistungen und QS-Mindeststandards geeignet ist.

Abzulehnende Regelungen betreffen insbesondere die Erforderlichkeitsprüfung bei vertragsärztlicher Verordnung. Eine Erforderlichkeitsprüfung der Krankenkasse über eine vom Vertragsarzt verordnete geriatrische Rehabilitation ist im Referentenentwurf nicht mehr vorgesehen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum einerseits im Kontext der Teilhabeleistungen des SGB IX die Krankenkassen weitgehende Bedarfsermittlungen vornehmen sollen und gleichzeitig die Bedarfsprüfung der Krankenkassen für die Rehabilitation nach dem SGB V für obsolet erklärt bzw. stark eingeschränkt wird. Zu berücksichtigen ist ferner, dass für Vertragsärzte ein Anreiz entsteht, geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen anstelle anderer Rehabilitationsmaßnahmen (beispielsweise orthopädische Reha) zu verordnen. Derartige übergreifende Anreize sind zu vermeiden, da sie keinen medizinischen Kriterien folgen und die Rahmenbedingungen der geriatrischen Rehabilitation ggf. keine ausreichende Beachtung mehr finden. Sofern an den vorgesehenen Änderungen festgehalten wird, müssen dringend verbindliche, medizinische Kriterien für die Indikationsstellung der geriatrischen Rehabilitation durch den Vertragsarzt definiert werden.

Eine Stärkung des Wahlrechts der Versicherten bzgl. einer Rehabilitationseinrichtung setzt voraus, dass Qualitätssicherungsverfahren existieren, die eine valide Grundlage für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung darstellen. Entsprechende Verfahren fehlen jedoch bislang.

Für den Krankenhausbereich ist zu begrüßen, dass Krankenhäuser vor der Verlegung von beatmeten Patienten deren Beatmungsstatus verpflichtend erfassen müssen. Eine Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser ist abzulehnen, da ein inkonsistenter Regelungsrahmen entstehen würde.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 1 § 37 Absatz 2 – Häusliche Krankenpflege und Art. 1 Nr. 2 § 37c neu – außerklinische Intensivpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Versicherte mit außerklinischen, intensivpflegerischen Versorgungsbedarfen werden aus der Vorschrift für Leistungen der häuslichen Krankenpflege herausgelöst und hierfür ein eigenständiger Leistungsanspruch im SGB V etabliert.

B Stellungnahme

Die Herauslösung der außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung aus der häuslichen Krankenpflege und die Abbildung dieser in einem eigenständigen Leistungsanspruch ist sachgerecht und wird begrüßt. Die Krankenbehandlung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst damit auch die außerklinische Intensivpflege. Zur Klarstellung ist darauf in § 27 SGB V entsprechend zu verweisen. Darüber hinaus besteht in der Konsequenz der Anspruch auf Maßnahmen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege weiterhin für Menschen in vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI. Dies gilt bei Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI jedoch nur, sofern die Leistungserbringung der Behandlungspflege nicht zu den Aufgaben der Einrichtung oder Räumlichkeiten im Sinne von § 43a SGB XI gehört.

Nach dem Willen des Gesetzgebers ist mit dem eigenständigen Leistungsanspruch für die außerklinische Intensivpflege in § 37c keine Veränderung des anspruchsberechtigten Personenkreises verbunden. Nach der jetzigen Formulierung in Absatz 1 Satz 1 wird jedoch mit dem Abstellen auf einen „besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ der Kreis der Anspruchsberechtigten zu unkonkret beschrieben. Der Leistungsanspruch ist daher im Wortlaut des Gesetzestextes entsprechend der bestehenden und bewährten Abgrenzung des Anwendungsbereiches zu konkretisieren.

Leistungen zur Krankenbehandlung werden im dritten Kapitel des Krankenversicherungsrechts beschrieben, die inhaltliche Ausgestaltung obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dessen Aufgaben im vierten Kapitel verortet sind. Um in der bisherigen Rechtssystematik zu bleiben, empfiehlt es sich, die Konkretisierung des Auftrages an den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 37c Abs. 1 Satz 4) in den § 92 Abs. 7g zu überführen.

Sehr begrüßt werden insbesondere die Instrumente zur Erfassung und Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung. Die Gesetzesbegründung nennt hier Anforderungen an die formale Qualifikation des verordnenden Vertragsarztes. Es empfiehlt sich, die Aufzählung

aus der Gesetzesbegründung um Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin zu erweitern.

Regelhaft findet künftig die außerklinische Intensivpflege in spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohngemeinschaften statt. Eine 1:1-Versorgung in der Privatwohnung oder an sonstigen geeigneten Orten soll nur noch in Ausnahmefällen erfolgen, wenn eine Versorgung in den vorgenannten Einrichtungen nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Persönliche, familiäre und örtliche Umstände sollen bei der Prüfung berücksichtigt werden. Für Kinder unter 18 Jahren ist die Pflege außerhalb der eigenen Häuslichkeit oder Familie nach der beabsichtigten gesetzlichen Regelung in der Regel nicht zumutbar. Mit dieser Vorrang-Nachrang-Regelung in Absatz 2 wird erstmals vom Gesetzgeber der Grundsatz „Ambulant vor stationär“ im Sinne einer effizienten und wirtschaftlichen Versorgung auch zugunsten der Patientensicherheit grundsätzlich aufgebrochen. Die Langzeitversorgung von intensivpflegebedürftigen Patienten ist mit hohen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen verbunden, unabhängig davon, ob sie in Privatwohnungen, Intensivwohngemeinschaften oder vollstationären Einrichtungen durchgeführt wird. Hinzu kommt, dass in selbstorganisierten Intensivwohngemeinschaften - und stärker noch in Privatwohnungen - auch die psychischen und physischen Anforderungen an die betroffenen Patienten und Angehörigen für die Sicherstellung einer fachgerechten Versorgung in den Blick genommen werden müssen. Mit diesem Vorschlag greift der Gesetzgeber die bisherige Problematik auf, dass die Versorgung von Patienten mit außerklinischen Intensivpflegebedarf oftmals nicht ihren Bedürfnissen und Bedarfen entsprach und eine Versorgung nach pflegefachlichen Standards nicht sichergestellt war. Studien hierzu problematisierten den hohen administrativen Aufwand sowie räumliche und soziale Barrieren in ambulanten Wohnformen; Privatwohnungen, die baulich für technikintensive Pflege ungeeignet sind und die erhebliche Sicherheitsrisiken für Pflegebedürftige, Angehörige und Mitarbeiter der Pflegedienste bergen können. Aber auch unabhängig von strukturellen Voraussetzungen in der Versorgung wie Wohnraum oder technische Hilfen, ist eine mangelnde Compliance von diesen Patienten und Angehörigen ebenfalls häufiger ein Problem. Anweisungen von Ärzten oder von Pflegediensten werden bewusst oder aufgrund mangelnden Bewusstseins nicht eingehalten. Insbesondere bei Anweisungen mit denen komplexe Anforderungen an den Pflegedienst gestellt werden, sind jedoch gute strukturelle und prozessuale Bedingungen wesentlich.

Mit der Vorrang-Nachrang-Regelung wird aber in das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl des Versorgungs- und Lebensorts eingegriffen. Allerdings trägt eine solche Lösung auch zur Milderung der Fachkräfteproblematik bei. In der nun vorgesehenen Zumutbarkeitsregelung sind daher entsprechende Regelungen aufzugreifen, die die Rahmenbedingungen beschreiben, wann eine Versorgung in der Privatwohnung unter Qualitäts- und Sicherheitsaspekten nicht mehr zumutbar ist, weil sie keine fachpflegerische Versorgung ermöglicht und das Patientenwohl gefährdet.

Für eine klare und einheitliche Anwendung der Zumutbarkeitsregelung für die Entscheidungsfindung der Krankenkasse bedarf es einer Richtlinie in der Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes, die insbesondere die räumlichen Verhältnisse und Umfeldbedingungen (insbesondere Sicherheitsdimensionen wie technische Sicherheit, Innenraumluftqualität, Schadstoffe, Hygiene)

und psychischen und physischen Überforderungen beschreibt, die keine fachgerechte Versorgung ermöglichen. Den Patientenschutzorganisationen und Betroffenenverbänden ist ein Stellanahmerecht einzuräumen.

Der unbestimmte Rechtsbegriff des sonstigen geeigneten Ortes bedurfte in der Vergangenheit immer wieder der näheren meist gerichtlichen Konkretisierung. Deshalb sollte an dieser Stelle bereits eine Konkretisierung der in Frage kommenden sonstigen geeigneten Orten für die außerklinische intensivpflegerische Versorgung im Gesetzestext erfolgen. Bei dieser Leistung kommen ausschließlich die Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Schulen und Kindergärten als weitere geeignete Versorgungsorte in Betracht. Diese Versorgungsorte außerklinischer Intensivpflege sollen daher abschließend im Gesetz benannt werden.

Mit der vollständigen Übernahme der Kosten für die Versorgung außerklinischer Intensivpflegepatienten in spezialisierten vollstationären Einrichtungen durch die gesetzliche Krankenversicherung erfahren Versicherte keine finanziellen Nachteile mehr, wenn sie sich für eine Versorgung in spezialisierten vollstationären Einrichtungen entscheiden. Einer der wesentlichen Entscheidungsgründe für die Wahl eines ambulanten Versorgungssettings liegt für die Betroffenen in den sehr hohen Eigenanteilen der spezialisierten vollstationären Einrichtungen. Die hohen Eigenanteile führten in der Regel zur Sozialhilfeabhängigkeit der Betroffenen. Diese Regelung der vollständigen Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung auch in Anlehnung an die akutstationäre Versorgung wird begrüßt.

Wohngemeinschaften sind nach geltendem Recht dem ambulanten Versorgungsbereich zuzuordnen; entsprechend sind die Zuzahlungsregelungen in Absatz 4 analog den Zuzahlungsregelungen bei der Versorgung in der Häuslichkeit oder in der Familie des Versicherten anzuwenden.

C Änderungsvorschlag

In § 27 Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 werden nach den Wörtern „häusliche Krankenpflege“ die Wörter „außerklinische Intensivpflege“ eingefügt.

In § 37 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen“ gestrichen und in Absatz 2 Satz 1 ersetzt durch „in stationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des SGB XI, sofern die Leistung nicht von der Einrichtung selbst zu erbringen ist,“

In § 37 Absatz 2 wird der bisherige Satz 8 gestrichen.

In § 37c Absatz 1 wird Satz 1 wie folgt gefasst: „Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen und bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige medizinisch-pflegerische Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können, sodass eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachperson medizinisch erforderlich ist, haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege.“

In § 37c Absatz 1 wird Satz 4 wie folgt gefasst: „Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30.06.2020 den Inhalt und Umfang der Leistungen.“

Die entsprechenden Inhalte der Absätze 2 und 3 der Gesetzesbegründung zu Nr. 2 Absatz 1 werden in die Gesetzesbegründung zu Nr. 7b überführt.

§ 37c Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen oder
2. in einer Wohngemeinschaft im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1.

Ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder in Werkstätten für Menschen mit Behinderung bzw. Schulen und Kindergärten besteht nur, wenn damit den Bedürfnissen und Bedarfen des Versicherten Rechnung getragen wird und eine angemessene fachpflegerische Versorgung gewährleistet ist (Zumutbarkeit). Ansprüche nach anderen Sozialgesetzbüchern bleiben unberührt. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände und die besonderen Belange der Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr angemessen zu berücksichtigen. Das Nähere zur Prüfung der Zumutbarkeit legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien fest. Den maßgeblichen Verbänden der Patientenschutzorganisationen ist vor Erlass der Richtlinie Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

In § 37c Absatz 4 Satz 2 sind die Wörter „des Absatzes 2 Satz 2“ durch die Wörter „des Absatzes 2 Satz 1 Nummern 2 und Satz 2“ zu ersetzen.

Art. 1 Nr. 3 a) § 39 Absatz 1a SGB V – Entlassmanagement / Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt die Erweiterung der Verordnungsbefugnisse der Krankenhäuser im (ausschließlichen) Kontext des Entlassmanagements um die Möglichkeit der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.

B Stellungnahme

Das vom Gesetzgeber intendierte Vorhaben, wonach das Entlassmanagement auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus umfassen soll, erschließt sich nicht. Bis dato existiert der etablierte und gelebte Prozess der Verlegung; auch in den Fällen, wenn ein besonderes fachärztliches Versorgungsbedürfnis vom behandelnden Krankenhaus nicht erfüllt werden kann und eine ambulante fachärztliche Anschlussversorgung aktuell nicht zur Verfügung steht. Krankenhäuser müssen dabei allerdings jeweils einen Verlegungsabschlag bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer in Kauf nehmen. Offensichtlich zielt der neue Satz 7 darauf ab, diesen Abschlag künftig nicht mehr in Ansatz bringen zu können.

Die Etablierung eines Verordnungsrechts von stationärer Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser ist nicht systemkonform und wird deshalb abgelehnt. Verlegungen zwischen Krankenhäusern sind keine Entlassungen; es bedarf somit keiner Erweiterung des Verordnungsrechts durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V.

Zudem schränkt die vorgeschlagene Regelung die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Entlassmanagement nicht auf die Klientel Beatmungspatienten ein. Krankenhäuser könnten sich somit im Rahmen des Entlassmanagements bei allen Fällen, nicht nur bei Langzeitbeatmeten, vom Verlegungsabschlag ausnehmen. Entsprechende Lösungen sind vielmehr im DRG-System zu schaffen (beispielsweise durch eine Anpassung der Regelungen in § 3 der Fallpauschalenvereinbarung).

Darüber hinaus konterkariert dieses Vorhaben die Intension respektive Philosophie des Gesetzgebers, wonach er im Rahmen des Änderungsantragsverfahrens zum TSVG die Verordnungsfähigkeit von Krankentransporten durch Krankenhausärzte im Rahmen des Krankenhaus-Entlassmanagements etabliert hat. Eine Krankenhausverordnung von Krankenhäusern würde zudem Krankentransportkosten verursachen, die wiederum die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten zu tragen hätte.

Der Gesetzgeber verweist in seiner Begründung richtigerweise auf bestehende Fehlversorgungen und auf Hinweise, wonach in der ambulanten Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit in manchen Fällen nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt wird. In einer nicht unwesentlichen – mit einer hohen Dunkelziffer versehenen – Anzahl von Fällen sind jedoch auch Kick-

back-Zahlungen von ambulanten Intensivpflegediensten an Krankenhäuser respektive von ambulanten Intensivpflegediensten untereinander zu konstatieren (schwankend zwischen 5.000 und 10.000 EURO je Intensivpflegefall). Auch solche Handlungen gefährden die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und schaden der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten. Um solchem Gebaren künftig Einhalt zu gebieten bzw. selbiges signifikant zu minimieren, ist eine frühzeitige Meldeverpflichtung der Krankenhäuser an die Krankenkassen über das Vorhandensein eines Intensivpflegefalls geboten; auch, weil Krankenkassen im Kontext des Entlassmanagements eine Verantwortung für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung nach der stationären Krankenhausbehandlung haben. Für dieses Erfordernis spricht auch, dass – der Intention des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a Satz 5 folgend – bei dem Personenkreis der Intensivpflegebedürftigen ein Unterstützungsbedarf der Krankenkasse als per se gesetzt betrachtet werden kann.

Sofern Krankenhäuser dieser frühzeitigen Meldeverpflichtung über das Vorhandensein eines Intensivpflegefalls nicht oder – Überleitungsprozesse gefährdend – zu spät nachkommen, sind (auch) diese Versäumnisse via Abschlüsse zu sanktionieren.

C Änderungsvorschlag

1. Der Satz 6 im § 39 Abs. 1a SGB V ist um „37c“ zu ergänzen.
2. Der neue Satz 7 ist abzulehnen.
3. Stattdessen ist folgender neuer Satz 7 einzufügen: „Wenn eine längerfristige Beatmungsentwöhnung in Betracht kommt, ist diese in unmittelbarer Nähe und in Anbindung an ein zertifiziertes Weaningzentrum durchzuführen.“.
4. Folgender neuer Satz 8 ist einzufügen: „In Fällen der außerklinischen Intensivpflege im Sinne § 37c informiert das Krankenhaus die zuständige Krankenkasse zum frühestmöglichen Zeitpunkt.“.

Art. 1 Nr. 4 § 40 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Anpassung des § 40 Abs. 2 sieht vor, dass das freie Wahlrecht des Versicherten gestärkt wird, indem der von den Versicherten zu tragende Mehrkostenanteil auf die Hälfte (50 Prozent) reduziert wird.

B Stellungnahme

Grundsätzlich muss die Reha-Einrichtung für die jeweilige Indikation des Rehabilitanden geeignet sein. Problematisch ist, dass bislang praktisch keine Qualitätssicherungsverfahren existieren, die für die Versicherten eine valide Grundlage für die Auswahl einer geeigneten Reha-Einrichtung darstellen.

Eine Übernahme von 50 Prozent der Mehrkosten durch die Krankenkassen wird abgelehnt, sofern nicht ergänzende Regelungen getroffen werden, die informierte Entscheidungen auf Basis fundierter, medizinischer Kriterien unterstützen.

Sofern das Wahlrecht der Versicherten wirkungsvoll gestärkt werden soll, sind verbindliche und aussagekräftige Qualitätssicherungsverfahren zu etablieren, die eine informierte Entscheidung der Versicherten unterstützen. Die Regelung wird ansonsten dazu führen, dass die Leistungserbringer „weiche Kriterien“ (Lage, Hotelaspekte) anstelle von medizinisch-therapeutischen Parametern in den Vordergrund ihrer Marketingaktivitäten stellen und damit erfolgreich Patienten akquirieren.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung sowie Entwicklung einer aussagekräftigen Qualitätssicherung für die Rehabilitation (vgl. Kommentierung zu Art. 1 Nr. 8 Buchstabe b)).

Art. 1 Nr. 4 § 40 Abs. 3 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Aus Perspektive des Gesetzgebers trägt insbesondere die geriatrische Rehabilitation dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Daher beabsichtigt der Gesetzgeber diese zu stärken. Die geriatrische Reha soll nach einer vertragsärztlichen Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse durchgeführt werden können. Nach Auffassung des Gesetzgebers wird das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen erleichtert und der Zugang zur Leistung kann durch den Versicherten schneller erfolgen. Durch die „Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation“ des GKV-SV (Stand: 02.07.2018, Seite 140) erstreckt sich die vertragsärztliche Indikationsprüfung bei der geriatrischen Rehabilitation auf mehrere Aktivitäts- und Teilhabebereiche. Dies begründet für die geriatrische Rehabilitation, unabhängig von der rehabilitationsbegründenden Diagnose, die Durchführung eines geriatrischen Assessments durch die Vertragsärzte. Aus diesem Grund bestimmt der Gesetzgeber, dass als Leistungsvoraussetzung die geriatrische Indikation vertragsärztlich durch geeignete Abschätzungsinstrumente zu prüfen ist.

Buchstabe b)

Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sollen zukünftig in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden, da nach Auffassung des Gesetzgebers kürzere Leistungen nicht zweckmäßig sind. Zudem münden, laut Gesetzgeber, kurze Behandlungsintervalle in überflüssigen Folgeantragsverfahren, die zu Behandlungslücken führen können.

Buchstabe c)

Zudem plant der Gesetzgeber für alle (nicht-geriatrischen) Rehabilitationsmaßnahmen, dass die Krankenkasse von der medizinischen Erforderlichkeit der Reha nur abweichen kann, wenn ein entsprechendes MDK Gutachten vorliegt.

Buchstabe d)

Für Versicherte gilt, dass Leistungen der medizinischen Reha grundsätzlich nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden können. Der Gesetzgeber plant diesen Grundsatz für Minderjährige aufzuheben, um den besonderen gesundheitlichen Bedingungen im Kindes- und Jugendalter Rechnung zu tragen.

Buchstabe e)

Der Gesetzgeber plant, dass dem BMG durch den GKV-SV bis Ende des Jahres 2021 ein Bericht vorgelegt wird, in dem die Erfahrungen der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen der geriatrischen Reha, auch unter Berücksichtigung der Bearbeitungsdauer der Krankenkassen, wiedergegeben werden.

B Stellungnahme

Buchstabe a)

Die Regelungen werden abgelehnt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum einerseits im Kontext der Teilhabeleistungen des SGB IX die Krankenkassen weitgehende Bedarfsermittlungen vornehmen sollen und gleichzeitig die Bedarfsprüfung der Krankenkassen für die Rehabilitation nach dem SGB V für obsolet erklärt bzw. stark eingeschränkt wird.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass für Vertragsärzte ein Anreiz entsteht, geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen anstelle anderer Rehabilitationsmaßnahmen (beispielsweise orthopädische Reha) zu verordnen. Derartige übergreifende Anreize sind zu vermeiden, da sie keinen medizinischen Kriterien folgen und die Rahmenbedingungen der geriatrischen Rehabilitation ggf. keine ausreichende Beachtung mehr finden.

Eine Erforderlichkeitsprüfung der Krankenkasse über eine vom Vertragsarzt verordnete geriatrische Rehabilitation ist im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Daher sieht die AOK-Gemeinschaft eine hohe Verantwortung bei den verordnungsberechtigten Vertragsärzten, die anhand von geeigneten Abschätzungsinstrumenten eine geriatrische Rehabilitation einleiten können. Das setzt ein hohes Maß an Fort- und Weiterbildung der Vertragsärzte voraus, da grundsätzlich jeder Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme verordnen kann.

Zudem sind die unterschiedlichen Regelungen zur geriatrischen Versorgung in den einzelnen Bundesländern zu berücksichtigen. Das Geriatrie-Konzept in Berlin und Brandenburg sieht z. B. eine fallabschließende Behandlung im Krankenhaus vor. Wenn nun eine geriatrische Rehabilitation ohne Prüfung der Krankenkassen erbracht werden soll, wird die Gefahr gesehen, dass Krankenhäuser Patienten frühzeitiger entlassen. So gelangen diese Patienten zusätzlich in eine Reha, obwohl mit der geriatrischen Komplexbehandlung sämtliche Behandlungen/Kosten abgedeckt sind.

Ferner ist zu beachten, dass die Fallzahlen in der geriatrischen Reha steigen und aufgrund der nicht ausreichend bzw. teilweise gar nicht vorhandenen Kapazitäten der Leistungserbringer, eine Aufnahme der Versicherten bereits derzeit nicht immer zeitnah sichergestellt werden kann.

Sofern dennoch an den vorgesehenen Änderungen festgehalten wird, sind die nachfolgenden Änderungen unter C. erforderlich.

Der im Zusammenhang mit der Indikationsstellung zur geriatrischen Rehabilitation durch den Vertragsarzt geforderte Einsatz von Abschätzungsinstrumenten wird weder in der beabsichtigten gesetzlichen Regelung noch in der Gesetzesbegründung konkretisiert. Um eine einheitliche Umsetzung der beabsichtigten Regelung zu gewährleisten, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V) entsprechende Regelungen treffen. Hier sind einheitliche Vorgaben zum Einsatz und zu den konkret zur Auswahl stehenden Abschätzungsinstrumenten festzulegen.

Voraussetzung dafür, dass die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit der vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ist nach der vorgesehenen gesetzlichen Regelung die vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation. Die Krankenkasse kann das Vorliegen dieser Voraussetzung nur überprüfen, wenn ihr zur Ergänzung der vertragsärztlichen Verordnung das angewendete Abschätzungsinstrument mit der Verordnung übermittelt wird. Dies sollte im Gesetzeswortlaut ergänzt werden.

Wie oben ausgeführt, tragen die Krankenkassen nach der aktuellen gesetzlichen Regelung die Verantwortung für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde vor diesem Hintergrund § 106b Abs. 4 Nr. 3 SGB V dahingehend geändert, dass ärztliche Verordnungen von Behandlungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte unterliegen. Dies wurde damit begründet, dass die Krankenkassen die Maßnahmen im Vorfeld genehmigen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten haben. Wenn nun mit der vorgesehenen gesetzlichen Änderung weder die Krankenkassen die Erforderlichkeit einer Leistung zur geriatrischen Rehabilitation überprüfen dürfen noch die Verordnungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V unterliegen, entsteht insoweit eine Regelungslücke. Insofern sind die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V im Hinblick auf die geplante Regelung in § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V wieder auf die Verordnungen entsprechender Rehabilitationsleistungen zu erstrecken.

Buchstabe b)

Die Regelung wird abgelehnt, da starre Verweildauervorgaben den individuellen Bedürfnissen des Patienten nicht gerecht werden. Die Behandlungsdauer muss sich grundsätzlich nach der medizinischen Indikation und Notwendigkeit richten.

Buchstabe c)

Die Regelung wird abgelehnt. Es besteht die Gefahr, dass eine hohe Anzahl von Gutachten ohne eine notwendige Erforderlichkeit erstellt werden (bspw. Ablehnung aufgrund des Fehlens notwendiger Unterlagen, z.B. Befunde). Kapazitätsengpässe beim MDK sollten darüber hinaus nicht dazu führen, dass Patienten eine verordnete Rehabilitation bis zum Vorliegen eines beauftragten Gutachtens nicht antreten können, oder, dass die von Krankenkassen beauftragten MDK-Gutachten erst nach Antritt einer Rehabilitationsmaßnahme vorliegen und sich im Anschluss Konflikte über die Implikationen einer negativen Bewertung der Erforderlichkeit ergeben.

Die beabsichtigte Neuregelung bewirkt, dass Krankenkassen von der medizinischen Erforderlichkeit der Reha nur mit einem MDK Gutachten abweichen können, das stellt einen erheblichen Eingriff in die gesetzlichen Bestimmungen (z.B. §275 Abs. 2 SGB V zur MDK Stichprobenregelung) dar. Diese Regelung steht im Widerspruch zu Forderungen hinsichtlich Prozessverschlinkung, Bürokratieabbau sowie zeitnahen Antragsbearbeitungen/-entscheidungen.

Buchstabe d)

Die Regelung wird von der AOK-Gemeinschaft als Familienkasse begrüßt, da hiermit die Rechtsgrundlage an die der gesetzlichen Rentenversicherung angeglichen wird.

Buchstabe e)

Sofern die Wirkung der Regelung tatsächlich überprüft werden soll, ist eine Evaluation vorzunehmen, die wissenschaftlichen Standards genügt. Ein Bericht wird keine validen Handlungsempfehlungen generieren.

C Änderungsvorschlag

Buchstabe a) Streichung der Regelung

Sofern an der vorgesehenen Änderung a) in Artikel 1 Nr. 4 b) Doppelbuchstabe aa) festgehalten wird, bedarf es folgender Anpassungen:

In Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b) wird Doppelbuchstabe aa) wie folgt gefasst:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„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, die der vertragsärztlichen Verordnung bei der Übermittlung an die Krankenkasse beizufügen sind.“

In Artikel 1 Nr. 4 werden folgende Buchstaben ergänzt:

c) § 92 Abs. 5 SGB V wird wie folgt geändert:

Folgender Satz wird angefügt:

„In den Richtlinien sind ferner die Auswahl und der Einsatz der Abschätzungsinstrumente in Fällen des § 40 Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 2 zu regeln.“

d) § 106b SGB V wird wie folgt geändert:

In Abs. 4 Nr. 3 werden hinter der Ziffer „7“ die Wörter „mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2“ eingefügt.

e) § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

Im ersten Halbsatz werden die Wörter „nach den §§ 23, 24, 40 und 41“ durch die Wörter „nach den §§ 23, 24, 41 sowie 40 mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2“ ersetzt.

Buchstabe b) Streichung der Regelung

Buchstabe c) Streichung der Regelung

Buchstabe d) Keiner

Buchstabe e) Streichung der Regelung (Folgeanpassung, die sich aus der Kommentierung bzgl. Buchstabe a) ergibt)

Art. 1 Nr. 5 § 41 Abs. 1 SGB V Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur, die durch Änderung des § 40 Absatz 2 SGB V durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 notwendig wurde.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Korrektur redaktioneller Art.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 7 § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält eine Regelungskompetenz für eine Richtlinie zu Verordnung außerklinischer Intensivpflege.

B Stellungnahme

Um in der bisherigen Regelungssystematik zu bleiben, empfiehlt es sich, die Konkretisierung des Auftrages an den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 37c Abs. 1 Satz 4) in den § 92 Abs. 7g zu überführen und im bisherigen Absatz 7 klarzustellen, dass er ausschließlich die häusliche Krankenpflege regelt; vgl. Stellungnahme zu §§ 37 und 37c SGB V.

C Änderungsvorschlag

In § 92 Absatz 7 wird in Satz 1 nach „Nr. 6“ die Wörter „für die häusliche Krankenpflege“ eingefügt.

In § 92 Absatz 7g wird vor Satz 1 ein neuer Satz 1 eingefügt:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 für die außerklinische Intensivpflege sind insbesondere zu regeln

1. Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten
2. Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotentials.
3. Inhalt und Umfang der Leistungen
4. Anforderungen an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation.“

Satz 1 wird zu Satz 2.

Die entsprechenden Inhalte der Absätze 2 und 3 der Gesetzesbegründung zu Nr. 2 Absatz 1 werden in die Gesetzesbegründung zu Nr. 7b überführt.

Art. 1 Nr. 8 Buchstabe a § 111 Abs. 5 SGB V, Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Änderung, die bestimmt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V nicht für die Vereinbarung von Vergütungen für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation gelten soll. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung im Einzelfall die jährliche Grundlohnsummensteigerung übersteigen kann.

B Stellungnahme

In der Vergangenheit sind bereits Personal- und Sachkostenentwicklungen in den Preisverhandlungen berücksichtigt worden. Die Grundlohnsumme kam im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags zur Wahrung der Beitragssatzstabilität als begrenzender Faktor teilweise zum Tragen. Mit dieser Regelung wird die Wahrung der Beitragssatzstabilität abgeschafft.

Gleichzeitig muss allerdings vermieden werden, dass z.B. Tarifkosten auf der Einzelhausebene künftig zu 100 Prozent an die Krankenkassen durchgereicht werden können. Es droht sonst ein Verschiebeparkplatz von Lohnkosten zu Lasten der Versichertengemeinschaft.

Das Statische Bundesamt sollte daher analog zum Krankenhausbereich einen Orientierungswert definieren, der die durchschnittliche Preisentwicklung anhand eines definierten Warenkorbs der Reha-Einrichtungen ermittelt. Auf dieser Basis kann eine Veränderungsrate bestimmt werden, die empirisch die reale Preisentwicklung der Reha-Einrichtungen abbildet, ohne dass Fehlansätze auf der Einzeleinrichtungsebene entstehen.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

In Absatz 5 sind nach Satz 1 folgende Sätze einzufügen.

„Für die Vereinbarung nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der stationären Rehabilitation und Vorsorge wiedergibt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Eine Erhöhung der vereinbarten Vergütung nach Satz 1 darf den Wert nach Satz 3 nicht überschreiten.“

Art. 1 Nr. 8. Buchstabe b) § 111 Abs. 7 SGB V, Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 111 Absatz 2 SGB V schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung von stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die die Anforderungen des § 107 Absatz 2 erfüllen und die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit diesen Leistungen notwendig sind. Nach § 111 Absatz 5 werden die Vergütungen für die Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Einrichtungen vereinbart.

Der Gesetzgeber plant für diese Verträge übergreifend einheitliche Empfehlungen, um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung zu erreichen. Es wird vorgeschlagen, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen.

Ferner ist eine Schiedsstelle auf Bundesebene als Konfliktlösungsmechanismus vorgesehen (§ 111 b Absatz 6 SGB V).

B Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Regelungen können dazu beitragen, einen versichertenorientierten Vertragswettbewerb zu stärken. Es sind dazu jedoch strukturelle Anpassungen notwendig.

Zentral ist zu berücksichtigen, dass Versorgung immer regional gestaltet werden muss und nicht bundeseinheitlich entworfen werden kann. Das gilt insbesondere für den Rehabilitationsbereich, der regional sehr unterschiedlich aufgestellt ist, beispielsweise hinsichtlich der Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen bei der neurologischen oder geriatrischen Versorgung. Ähnliche Unterschiede bestehen im Zusammenspiel mit der Deutschen Rentenversicherung und ihren regionalen Zuständigkeiten. Die Versorgung ist daher gerade in der Rehabilitation zwingend durch regionale Verträge zu gestalten.

Ergänzt werden kann das regionale Vertragsprinzip durch einen bundesweiten Rahmen, der durch die vorgesehenen Regelungen an Verbindlichkeit gewinnen kann. Im Sinne der Versicherten sinnvoll austariert ist das Verhältnis von bundesweitem Rahmen und regionaler Vertragskompetenz, wenn auf der Bundesebene Rahmenvorgaben für die Leistungsdefinition und Qualitätsstandards - im Sinne von Mindeststandards - formuliert werden und auf regionaler Ebene die übrigen Versorgungsaspekte vertraglich definiert werden. Diese umfassen u. a. Versorgungskonzepte, Qualitätsanforderungen, die über Mindeststandards hinausgehen, sowie die Preisgestaltung. Es entsteht so ein verbindlicher Rahmen, der einen fairen und qualitätsorientierten Wettbewerb um optimale Vertragslösungen ermöglicht.

Die Regelungen des Referentenentwurfs sind ausgehend von diesem Zielbild zu modifizieren: Auf Bundesebene erfolgt eine Leistungsdefinition sowie die Definition von Mindestvorgaben der Qualitätssicherung. Es wird damit einerseits die Grundlage für mehr Transparenz geschaffen. Bislang werden in der GKV - im Unterschied zur gesetzlichen Rentenversicherung - insbesondere die tatsächlichen Leistungsinhalte (u.a. Therapieeinheiten) nicht bzw. ungenügend standardisiert erfasst. Sie sind damit für die GKV auch nicht Teil der Abrechnungsdaten und stehen u.a. für die Qualitätssicherung, eine evidenzorientierte Versorgungssteuerung oder für die angemessene Berücksichtigung einer leistungsorientierten Vergütung nicht zur Verfügung.

Andererseits sind verbindliche Mindeststandards der Qualitätssicherung (QS) zu formulieren, die gewährleisten, dass kein Preisdumping erfolgt. Das derzeitige Verfahren der externen QS ist jedoch kaum geeignet, die Versicherten und die Kostenträger bzgl. einer qualitätsorientierten Inanspruchnahme zu informieren. Ein Grund ist, dass die Reha-Einrichtungen an unterschiedlichen QS-Verfahren teilnehmen - entweder an dem QS-Reha-Verfahren der GKV oder dem der Rentenversicherung (RV). Diese Trennung ist nicht mehr zeitgemäß und schwächt die Qualitätssicherung der GKV. Ferner führt dieses zu einem hohen Bürokratieaufwand in den Reha-Einrichtungen. Aus diesem Grund setzt sich die AOK für eine Zusammenführung der QS-Verfahren von GKV und Rentenversicherung zu einem gemeinsamen Verfahren ein.

Ein elementarer Baustein einer stärkeren Qualitätsorientierung und Leistungsorientierung der Vergütung in der Rehabilitation ist darüber hinaus eine vollständige elektronische Erfassung und Übermittlung der Leistungs- und Abrechnungsdaten. Jedoch ist im Rehabilitationsbereich der Datenaustausch gegenüber anderen Leistungsbereichen, trotz entsprechender gesetzlicher Vorschriften, noch nicht sehr weit vorangeschritten. Wesentlich dafür ist, dass die Leistungserbringer nicht sanktioniert werden, wenn sie sich nicht an dem gesetzlich vorgeschriebenen elektronischen Datenaustausch beteiligen. Es sollte daher für den Rehabilitationsbereich eine Regelung analog zu den Regelungen für die Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Hebammen nach § 303 Abs. 3 SGB V aufgenommen werden. Demnach sind die Krankenkassen gesetzlich zu verpflichten, die mit der Nacherfassung nicht maschinell verwertbarer Daten entstehenden Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 von Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

Übergreifend ist zu prüfen, welcher institutionelle Rahmen für die Definition von Leistungen und QS-Mindeststandards geeignet ist. Denkbar ist, dass die im Referentenentwurf skizzierte Selbstverwaltung die Aufgaben übernimmt. Alternativ muss erörtert werden, ob die Aufgaben (zumindest teilweise) besser im G-BA zu verorten wären. Bundesweite Mindeststandards bzgl. der Qualität werden im Gesundheitswesen mit normgebender Kraft überwiegend im G-BA definiert – sektorenspezifisch und sektorenübergreifend. In diesem Kontext ist auch das Verhältnis zum § 137d SGB V neu zu bestimmen. Ggf. ist auch zu klären, ob sich ein Abgrenzungsproblem zwischen der Selbstverwaltung nach § 111 SGB V und der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) ergibt.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung zu § 111 Absatz 7 SGB V zur Ausgestaltung der Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist in ein eigenständiges Gesetzgebungsverfahren zu überführen. Dieses sollte detaillierte Regelungen für die Entwicklung von Mindeststandards der Qualitätssicherung sowie bzgl. einer differenzierten Leistungsdefinition umfassen, die einheitlich für Versicherte der GKV- und der Rentenversicherung Anwendung finden. Ferner ist ein geeigneter institutioneller Rahmen zu bestimmen.

Hilfsweise:

In § 111 Abs. 7 (neu) SGB V werden in Satz 1 die Wörter „für Vergütungsverträge nach Absatz 5 zu einer angemessenen und leistungsorientierten Vergütung“ ersetzt durch „vereinbaren für Vergütungsverträge nach Absatz 5 eine differenzierte Leistungsdefinition“.

Dem § 301 Abs. 4 Nr. 3 werden nach den Wörtern „die Aufnahmediagnose“ die Wörter „, erbrachten Leistungsinhalte“ eingefügt.

Dem § 303 Abs. 3 werden im Satz 1 nach den Wörtern „§ 301 Absatz 1“ die Wörter „, § 301 Absatz 4“ eingefügt.

Art. 1 Nr. 9 § 111a Abs. 1 SGB V Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgelegte Regelung sieht vor, dass die Inhalte des § 111 Abs. 7 SGB V (vgl. Artikel 1 Nr.8 Buchstabe b)) auch für Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen Anwendung finden.

B Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr.8 Buchstabe b).

C Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1, Nr. 8 Buchstabe b).

Art. 1 Nr. 10 § 111b SGB V Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Bezeichnung des § 111 b wird entsprechend der Erweiterung des Norminhalts (Einrichtung einer Schiedsstelle für Rahmenempfehlungen) angepasst. Die neue Bezeichnung lautet „§ 111 b Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen“.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Bezeichnung des § 111 b ist eine Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 10 § 111b Abs. 6 SGB V Landesschiedsstelle für Vergütungsver- einbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgeschlagene Regelung verankert eine Schiedsstelle auf Bundesebene, die als Konfliktlö-
sungsmechanismus für die Rahmenempfehlungen zu Versorgungs- und Vergütungsverträgen
nach §§ 111, 111a oder 111c dient.

B Stellungnahme

Die Einführung der Bundesschiedsstelle für die Rehabilitation ist eine Folgeänderung aus dem
geänderten § 111 Abs. 7 SGB V (neu) und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 11 Buchstabe a) § 111c Abs. 3 SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgeschlagene Regelung bestimmt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V nicht für die Vereinbarung von Vergütungen für **ambulante** Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation gelten soll. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung im Einzelfall die jährliche Grundlohnsummensteigerung übersteigen kann.

B Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a).

C Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a).

Art. 1 Nr. 11 Buchstabe b) § 111c Abs. 5 SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 111c Abs. 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung von ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Rehabilitationseinrichtungen. Nach § 111c Absatz 3 werden die Vergütungen für die Rehabilitationsleistungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Einrichtungen vereinbart. Der Gesetzgeber plant auch für diese Verträge übergreifend einheitliche Grundsätze oder Empfehlungen zu schaffen, um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung zu erreichen. Es wird vorgeschlagen, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Ferner wird vorgeschlagen bei Nichtzustandekommen der Rahmenempfehlung die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 (neu) anzurufen.

B Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b).

C Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b).

Hilfsweise:

Dem § 111c Abs. 5 werden im Satz 1 die Wörter „für Vergütungsverträge nach Absatz 3 zu einer angemessenen und leistungsorientierten Vergütung“ ersetzt durch „vereinbaren für Vergütungsverträge nach Absatz 3 eine differenzierte Leistungsdefinition“.

Art. 1 Nr. 12 § 112, Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Vertragsparteien auf Landesebene in den Verträgen über die Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V künftig auch festlegen, dass vor der Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten deren Beatmungsstatus durch einen qualifizierten Facharzt festgestellt wird.

B Stellungnahme

Die Neuregelung, dass vor Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten deren Beatmungsstatus zu erfassen ist, ist zu begrüßen. Derzeit verlassen beatmete Patienten häufig die akutstationäre Versorgung, ohne dass der Beatmungsstatus ermittelt wird. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Patienten, die eigentlich über ein Weaningpotenzial verfügen, ohne adäquate Beatmungsentwöhnung in die außerklinische Intensivpflege entlassen und dort dauerhaft beatmet werden. Eine Überprüfung des Weaningpotenzials durch einen Facharzt und die Einweisung in ein Weaningzentrum zur Beatmungsentwöhnung erfolgen in der außerklinischen Versorgung zumeist nicht mehr. Dies hat gravierende Auswirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen Patienten und führt zu hohen Kosten für die Versicherungsgemeinschaft.

Allerdings ist im Gesetz noch die relevante Patientengruppe zu konkretisieren. Eingeschlossen werden müssen nicht nur alle beatmeten Patienten, sondern auch alle tracheotomierten Patienten (mit und ohne Beatmung), die intensivpflegebedürftig sind. Diese Patienten müssen vor der Entlassung oder Verlegung hinsichtlich ihres Dekanülierungspotenzials beurteilt werden, um eine nicht indizierte Entlassung in die außerklinische Intensivpflege zu vermeiden. Denn bei dieser Patientengruppe besteht ebenfalls das Problem, dass in der ambulanten Versorgung erneute Assessments zum Dekanülierungspotenzial und somit auch Dekanülierungsversuche unterbleiben.

Weiterhin sollte die gesetzliche Regelung dahingehend konkretisiert werden, dass die Feststellung des Beatmungsstatus bzw. Dekanülierungspotenzials nur durch einen Facharzt mit mehrjähriger intensivmedizinischer Erfahrung und Erfahrung bei der Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder durch ein zertifiziertes Weaningzentrum erfolgen darf. Nur so ist sichergestellt, dass die notwendige fachärztliche Expertise bei der Begutachtung der Patienten zum Tragen kommt.

Abzulehnen ist hingegen die Festlegung, dass die Pflicht zur Feststellung des Beatmungsstatus bei Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten in den Verträgen nach §112 SGB V erfolgen soll. Die Änderung der Landesverträge ist äußerst zeitaufwändig und würde zu sehr unterschiedlichen, landesspezifischen Regelungen führen. Die Qualität der Versorgung sollte nicht davon abhängen, in welchem Bundesland sie erfolgt. Eine bundesweit einheitliche Lösung, die mit dem bundesweit geltenden DRG-System korrespondiert, erscheint hier deutlich zielführen-

der sowie sicherer umsetzbar. Die Feststellung des Beatmungsstatus bzw. des Dekanülierungspotenzials bei zu verlegenden oder zu entlassenden Beatmungspatienten und intensivpflegebedürftigen tracheotomierten Patienten sollte daher über eine Anpassung des OPS-Kodes 8-716 (Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung) bundeseinheitlich geregelt werden. Der OPS-Kode ist bei intensivpflegebedürftigen Patienten, die beatmet und/oder tracheotomiert entlassen oder verlegt werden oder die stundenweise vor der Entlassung oder Verlegung noch eine Beatmung erhalten haben, verpflichtend zu kodieren. Weiterhin muss der Code bestimmte Mindestmerkmale enthalten, beispielsweise hinsichtlich der fachlichen Qualifikation der Ärzte, die den Beatmungsstatus feststellen sowie Definitionen für die Weaningkategorien und die patientenindividuelle Bewertung zum Weaningpotenzial.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung in § 112 Abs. 2 SGB V wird gestrichen.

§ 17b Abs. 1 KHG wird um folgenden Satz 13 ergänzt:

„Zur Feststellung des Beatmungsstatus bzw. zur Feststellung des Dekanülierungspotenzials intensivpflegebedürftiger tracheotomierter Patienten bei Verlegung oder Entlassung überarbeitet das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Benehmen mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie die hierfür erforderlichen Mindestmerkmale des relevanten OPS-Kodes (8-716) oder erstellt einen Vorschlag für einen anderen geeigneten OPS-Kode jeweils bis spätestens zum 28.02.2020. Der OPS-Kode zur Feststellung des Beatmungsstatus bzw. Dekanülierungspotenzials enthält Mindestmerkmale, u. a. die Qualifikation des Arztes, der den Beatmungsstatus feststellt und die erforderlichen Beatmungsparameter.“

Art. 1 Nr. 13 § 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege werden die Regelungen zur Versorgung in § 132i abgebildet und die Anzeigepflicht bei Versorgung mehrerer Intensivpflegebedürftiger in einer Wohneinheit gestrichen.

B Stellungnahme

Die vertragsrechtlichen Regelungen zur außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung in einer eigenständigen Norm abzubilden, ist sachgerecht. Bis zum Inkrafttreten der Bundesrahmenempfehlung für die außerklinische Versorgung am 01.01.2021 sollten die Festlegungen zu den Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung in den Bundesrahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege weitergelten. Die bisherige Regelungsverpflichtung nach § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V sollte erst zum 01.01.2021 gestrichen werden (vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 5).

Eine ausschließliche Versorgung in Intensivwohngemeinschaften oder in spezialisierten vollstationären Einrichtungen der Langzeitpflege und der damit verbundenen vertragsrechtlichen Regelungen begründet nicht den Verzicht auf die Anzeigepflicht in Absatz 4 Satz 14. § 132i Absatz 5 regelt lediglich die Anforderungen an Leistungserbringer, die die außerklinische intensivpflegerische Versorgung in Wohneinheiten mit mehr als zwei Patienten organisieren, betreiben oder übernehmen; damit umfasst sind keine vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkasse und Intensivwohngemeinschaft. Somit wird mit einer Streichung der jetzigen Anzeigepflicht auch künftig keine Transparenz über die vorgehaltenen Strukturen und Angebote von Intensivwohngemeinschaften geschaffen.

Die beobachtete stetige Zunahme von Patientinnen und Patienten mit einem besonders hohen pflegerischen und medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf hat verschiedene Ursachen. Das liegt unter anderem an den verbesserten Intensivtherapiemaßnahmen, so dass Patientinnen und Patienten auch schwerste akute Erkrankungen oder aber Unfälle immer häufiger überleben. Auch den speziellen Problemen chronisch fortschreitender Erkrankungen kann auf Grund der verbesserten medizinischen Möglichkeiten immer effektiver begegnet werden. In Deutschland aber auch international wird in diesem Zusammenhang bemängelt, dass zuverlässige quantitative und qualitative Informationen über beatmete Patienten fehlen. Diese sind jedoch unerlässlich zur Weiterentwicklung und Verbesserung bestehender Versorgungsstrukturen. Insbesondere die VELA-Regio Studie von 2016 zur Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten empfiehlt den Aufbau von fundierten Erkenntnissen über den Versorgungsbedarf von außerklinisch beatmeten Patienten. Einzelne Länder wie Schweden oder Norwegen verfügen bereits über nationale Patientenregister, die differenziertes Wissen zu den Charakteristika langzeitbeatmeter Patienten, der Versorgungssituationen sowie zu Effekten der Versorgung in verschiedenen Behandlungszentren und Versorgungskonstellationen sammeln

und zur Verfügung stellen (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité, VELA-Regio Studie, Expertise, S. 13, 2016).

Die Schaffung einer Informations- und Datenbasis mit quantitativ-epidemiologischen Kennziffern, mit Real- und Routinedaten der Leistungserbringer, zu vorgehaltenen Strukturen und Angebote der außerklinischen Intensivpflege, zur regionalen Verteilung und welche Ausstattungsmerkmale sie haben, sind daher unerlässlich, um fundierte Aussagen und Überlegungen zur (Weiter-)Entwicklung dieses Versorgungsbereiches zu treffen und abzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen richtet daher aus Mitteln des Gesundheitsfonds ein Beatmungsregister ein. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung, welche konkreten Daten wie beispielsweise Diagnosen, Beatmungsform, Beatmungsdauer, Ort der Versorgung, Weaningpotenzial zu erheben sind, die Durchführung der Datenerhebung, die Rolle der Leistungserbringer sowie die Vergütung für die Meldung der Daten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat alle zwei Jahre einen Bericht über die aus dem Beatmungsregister gewonnenen Erkenntnisse, basierend auf den Auswertungen eines zu beauftragenden unabhängigen Instituts, zu veröffentlichen. Entsprechend wird eine eigene Rechtsnorm im § 65e für ein Intensivregister vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

§ 65e SGB V: Beatmungsregister

(1) Zur Weiterentwicklung der intensivpflegerischen Versorgung von beatmungspflichtigen und/oder tracheotomierten Versicherten im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege richtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus Mitteln des Gesundheitsfonds ein Beatmungsregister ein. Das Beatmungsregister hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

1. die personenbezogene Erfassung der Daten aller ambulant und stationär außerklinisch versorgten beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten sowie
2. die Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung.

Das Nähere, insbesondere zu den Inhalten der Datenerhebung, der Durchführung der Datenerhebung, der Beteiligung der Leistungserbringer an der Datenerhebung sowie der Höhe der Meldevergütung, wenn die übermittelten Daten vollständig gemeldet wurden, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen können den Betrieb des Beatmungsregisters fördern, indem sie die Vergütung für die Meldungen in Bezug auf privat krankenversicherte Personen tragen; ihren Anteil überweist der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in diesem Fall jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271).

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht alle zwei Jahre, erstmals zum 01.01.2022, in anonymisierter Form einen Bericht über die Erkenntnisse des Beatmungsregisters. Der Bericht ist auf der Grundlage der Auswertungen eines zu beauftragenden unabhängigen Instituts zu erstellen. Die Daten sind landesbezogen auszuwerten.

Bezüglich der Änderungen zu § 132 a siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 5

Art. 1 Nr. 14 § 132i SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

In Anlehnung an die Regelungen zur häuslichen Krankenpflege erhält die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene den Auftrag, Rahmenempfehlungen zur außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung abzugeben. Für den Fall einer Nichteinigung ist in Anlehnung an das erweiterte Schiedsamt nach § 89a ein Konfliktlösungsmechanismus vorgesehen.

Auf Basis dieser Rahmenempfehlungen schließen Krankenkassen Verträge mit spezialisierten vollstationären Einrichtungen der Langzeitpflege und mit Leistungserbringern, die die außerklinische Versorgung in ambulanten Intensivwohngemeinschaften oder in der Privatwohnung des Intensivpflegebedürftigen resp. in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Schulen und Kitas übernehmen.

B Stellungnahme

Rahmenempfehlung

Unabhängig davon, ob die Versorgung in der Privatwohnung, in einer Intensivpflegewohngemeinschaft oder in einer spezialisierten vollstationären Einrichtung durchgeführt wird, ist die außerklinische intensivpflegerische Versorgung mit hohen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen verbunden. Der Auftrag an die Bundesrahmenempfehlungspartner, Näheres für eine qualitätsgesicherte außerklinische Versorgung zu vereinbaren, wird ausdrücklich begrüßt. Da auch die außerklinische Intensivpflege in spezialisierten ambulanten Wohngemeinschaften von der gesetzlichen Regelung umfasst wird, sind auch die maßgeblichen Vereinigungen, die die Interessen von Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften vertreten (z.B. Verein Selbstbestimmtes Wohnen im Alter e.V. oder Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulant betreute Wohngemeinschaften) als Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer aufzunehmen.

Eine bedarfsgerechte Versorgung von Patienten in der außerklinischen Intensivpflege umfasst neben der intensivpflegerischen Expertise auch die ärztliche Versorgung, die in Kooperation zu erbringen ist. Entsprechend sind auch Regelungen in die Bundesrahmenempfehlung ergänzend aufzunehmen.

Bislang fehlt es jedoch an abgesicherten und einheitlichen Standards für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; dazu gehören auch strukturelle und prozessuale Anforderungen an die Versorgungsorte. So sind etablierte Intensivwohngemeinschaften heute oftmals nicht barrierefrei ausgelegt und aufgrund ihrer baulichen Beschaffenheit bergen sie erhebliche Hygiene-, Unfall- und Brandrisiken. Sicherheitsdimensionen wie technische Sicherheit, Innenraumluftqualität Schadstoffe, Hygiene, die heute schon für die vollstationäre Versorgung gelten, sollten daher auch auf ambulante Wohnformen angewandt und vertraglich abgebildet werden. Dabei sind

auch strukturelle und prozessuale Anforderungen an die Versorgungsorte Intensivpflegewohn-gemeinschaft und Privatwohnung in den Bundesrahmenempfehlungen mit dem Ziel zu beschrei-ben, dass spezialisierte Leistungserbringer die Versorgung nur übernehmen können, wenn die in der Rahmenempfehlungen beschriebenen Anforderungen an die Häuslichkeit resp. Intensiv-wohngemeinschaft erfüllt werden.

Ergänzend empfiehlt es sich, Maßnahmen bei Vertragsverstößen in den Bundesrahmenempfeh-lungen aufzunehmen.

Schiedsstellenregelung

Die vorgesehenen Regelungen zur Schiedsstelle, sowohl hinsichtlich der Besetzung als auch ihres tatsächlichen Konfliktlösungsmechanismus, sind kritisch zu hinterfragen. Mit der Besetzung der Schiedsstelle, zwei Stimmen für die Kostenträger und jeweils zwei Stimmen für die Spitzenorga-nisationen, die die Interessen der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Pflegedienste vertreten, ist eine Unverhältnismäßigkeit gegeben. Dabei wird verkannt, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen i.d.R. sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen unter ihrem Dach führen und somit die Interessenslagen gleichgerichtet sind. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Parteien spiegelt sich damit nicht wider. Insofern ist auch die Analogie zu § 89a nicht gegeben. In Analogie zur Erweiterung der Rahmenvertragspartner sind folglich auch die Vereinigungen der Interessen von Pflegebedürftigen in ambulanten Wohngemeinschaften als Schiedsstellenmitglied auf der Seite der Leistungserbringerorganisationen zu führen.

Die vorgeschlagene Schiedsstellenregelung birgt darüber hinaus das Risiko, dass es auch in der Schiedsstelle zu keiner Konfliktlösung kommt. Wenn ein Beschluss der Schiedsstelle mit zwei-Drittel-Mehrheit getroffen werden muss, kann bei einer Abstimmung 5:3 oder 4:4 auch die Schiedsstelle keinen Beschluss fassen. Die nun neue vorgeschlagene Schiedsstellenregelung um-fasst ein austariertes Verhältnis zwischen Kostenträger mit sechs Stimmen und Leistungserbrin-ger resp. Vertreter der Wohnformen mit insgesamt sechs Stimmen, für die die Versorgung or-ganisiert wird. Darüber hinaus wird sichergestellt, dass durch eine Mehrheit ein Beschluss der Schiedsstelle mit der Stimme des unparteiischen Vorsitzenden auch gefasst werden kann.

Vertragspartner der Krankenkassen

In den vertragsrechtlichen Regelungen des Absatzes 5 muss klargestellt werden, dass aus res-sourcenorientierten und wirtschaftlichen Erwägungen heraus - und auch im Einklang vergleich-baren Regelungen im Pflegeversicherungsrecht - mindestens drei Patienten mit außerklinischem Intensivpflegebedarf in der Intensivwohngemeinschaften vom Leistungserbringer versorgt wer-den.

Um ein bundesweit einheitliches Mindestversorgungsniveau für die außerklinische Versorgung sicherzustellen, ist die Einhaltung der Bundesrahmenempfehlungen in den Verträgen zwischen der Krankenkasse und den Leistungserbringern nach Absatz 5 zwingend abzubilden. Entspre-chend bedarf es einer Klarstellung im Absatz 6.

Die Einbindung von weiteren Leistungserbringern, insbesondere der therapeutischen Berufe in die Versorgung, um dazu beizutragen, das kurative und rehabilitative Potenzial der betroffenen Patienten zu erkennen und auszuschöpfen, ist zielführend. Dies ist durch die Leistungserbringer der außerklinischen Intensivversorgung in Kooperation mit zugelassenen Heilmittelerbringern

zu gewährleisten. Die Erbringung therapeutischer Leistungen durch den Leistungserbringer der außerklinischen Intensivversorgung mittels eigenem Personal ist nicht vom Leistungsanspruch und Versorgungsauftrag nach § 37c umfasst, zudem wirft dies Abgrenzungsfragen zu den vom Vertragsarzt zu veranlassenden Leistungen für Heilmittel zur Rehabilitation nach §§ 40 und 111 SGB V auf. Entsprechend ist die bedarfsgerechte therapeutische Versorgung mit Logo-, Ergo- und Physiotherapie über Kooperationen vom Leistungserbringer der außerklinischen Intensivversorgung zu gewährleisten.

Es wird in einem ergänzenden Absatz 7 eine Übergangsregelung für die bisher geschlossenen Ergänzungsvereinbarungen über intensivpflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege geschaffen.

C Änderungsvorschlag

In § 132i Absatz 1 ist in Satz 1 nach dem Einschub „die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundebene“ das „und“ durch ein Komma zu ersetzen und nach den Wörtern „Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene“ folgende Wörter einzufügen: „und maßgebliche Vereinigungen, die die Interessen von Pflegebedürftigen in ambulanten Wohngemeinschaften vertreten“

In § 132i Absatz 2 ist nach Ziffer 1 eine neue Ziffer 2 einzufügen:

„Regelungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung einschließlich der Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung sowie zur Dekanülierung nach § 37c durch Kooperation“

Die nachfolgenden Ziffern verschieben sich um einen Zähler.

In § 132i Absatz 2 ist nach Ziffer 6 neu zwei neue Ziffern einzufügen:

„7. Strukturelle und prozessuale Anforderungen, insbesondere an räumliche und sächliche Anforderungen, an den Ort der Leistungserbringung nach § 37c Absatz 2 für eine fachgerechte Versorgung der außerklinischen Intensivpflege.

8. Maßnahmen bei Vertragsverstößen.“

In § 132i Absatz 4 wird in Satz 1 nach dem Einschub „die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundebene“ das „und“ durch ein Komma zu ersetzen und nach den Wörtern „Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene“ folgende Wörter einzufügen: „und maßgebliche Vereinigungen, die die Interessen von Pflegebedürftigen in ambulanten Wohngemeinschaften vertreten“.

In § 132i Absatz 4 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Sie besteht aus sechs Vertretern der Krankenkassen und je zwei Vertretern der vollstationären Pflegeeinrichtungen, der Pflegedienste und Pflege-Wohngemeinschaften und aus einem unparteiischen Vorsitzenden.“

In § 132i Absatz 4 wird in Satz 6 die Wörter „einer Mehrheit von zwei Dritteln“ durch die Wörter „einfacher Mehrheit“ ersetzt.

In § 132i Absatz 4 wird in Satz 8 werden die Wörter „Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter“ durch die Wörter „unparteiischen Vorsitzenden“ ersetzt.

In § 132i Absatz 4 wird in Satz 9 werden die Wörter „, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter“ gestrichen.

In § 132i Absatz 4 wird der Satz 10 durch folgenden Satz ersetzt: „Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

In § 132i Absatz 5 Satz 1 wird Ziffer 1 wie folgt gefasst:

„1. Leistungserbringern, die in einer Wohngemeinschaft für mindestens drei Versicherte, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen, die Versorgung mit außerklinischen Intensivpflege übernehmen,“

In § 132i Absatz 5 Satz 1 wird Ziffer 3 wie folgt gefasst:

„3. Leistungserbringern, die Leistungen in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 2 im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder in Werkstätten für Menschen mit Behinderung bzw. Schulen oder Kindergärten erbringen.“

In § 132i Absatz 6 Satz 1 ist das Wort „gewährleisten“ durch die Wörter „vertraglich sicherstellen“

In § 132i Absatz 6 Satz 2 wird in Ziffer 1 das Wort „Fachärzte“ durch die Wörter „Vertragsärzte oder Leistungserbringern nach § 108, die die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 7g erfüllen“ ersetzt.

In § 132i Absatz 6 Satz 2 wird in Ziffer 2 das Wort „rehabilitative“ durch das Wort „therapeutische“ ersetzt und die Wörter „oder mit eigenem Personal“ gestrichen.

In § 132i wird ein neuer Absatz 7 eingefügt:

„Verträge nach § 132a Abs. 4 über die intensivpflegerische Versorgung der häuslichen Krankenpflege werden mit Ablauf des 31.12.2022 unwirksam.“

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 2 Nr. 15 § 275b SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflegedurch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen auch die Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege an den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen teilnehmen.

B Stellungnahme

Es bedarf einer Ergänzung, dass der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Prüfungen befugt ist, bei Verträgen mit Krankenkassen zur außerklinischen Versorgung die Räumlichkeiten des Leistungserbringers der außerklinischen Intensivpflege zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und die personenbezogenen Daten zu erheben, zu verarbeiten und im erforderlichen Umfang zu nutzen.

Analog zum § 115 Absatz 2 SGB XI fehlt im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V eine gesetzliche Regelung, bei festgestellten Mängeln entsprechende Maßnahmen zur Beseitigung dieser Mängel durch die Landesverbände der Krankenkassen oder der Krankenkassen einleiten zu können.

Zur Überprüfung, ob festgestellte Qualitätsverstöße durch die angeordneten Maßnahmen gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI abgestellt wurden, gibt es gemäß § 114 Abs. 4 SGB XI nach einer vorher durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung die Möglichkeit der Wiederholungsprüfung. Eine entsprechende Regelung ist daher auch im § 275b SGB V vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

In § 275b Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Wohneinheit“ durch das Wort „Wohngemeinschaft“ ersetzt.

In § 275b Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „Verträge nach § 132a Absatz 4“ die Wörter „oder Verträge nach § 132i Absatz 5“ eingefügt.

In § 275 b SGB V ist ein neuer Absatz 3 einzufügen:

„Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkasse nach Anhörung des Trägers der ambulanten Pflegeeinrichtung, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

In § 275 b SGB V ist ein neuer Absatz 4 einzufügen:

„Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Krankenkassen oder der Krankenkasse eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 275 b Abs. 3 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.“

Artikel 4 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Art. 4 Nr. 1 § 5 Abs. 3f KHEntgG, Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Regelung handelt es sich um eine Folgeänderung aus der Einfügung von Nummer 8 in den § 9 Abs. 1a KHEntgG. Danach vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene Abschläge für Krankenhäuser, wenn diese vor der Entlassung oder Verlegung von beatmeten Patienten den Beatmungsstatus gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a SGB V nicht erfassen oder eine erforderliche Anschlussversorgung gemäß § 39 Abs. 1a Satz 8 SGB V nicht verordnen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie durch die Sanktionierung der Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Sicherung der Versorgungsqualität der beatmeten Patienten beiträgt.

Abgelehnt wird hingegen, dass die Feststellung des Beatmungsstatus bei Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten landesspezifisch in den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erfolgen soll (vgl. Kommentierung zur Artikel 1 Nr. 12). Die Feststellung des Beatmungsstatus bei zu verlegenden oder zu entlassenden Beatmungspatienten muss bundeseinheitlich über einen OPS-Kode geregelt sein. Eine Sanktionsregelung könnte dann auch bundeseinheitlich an die Nichtkodierung eines geeigneten OPS-Kodes geknüpft werden. Die Regelung muss zudem neben den beatmeten Patienten auch die intensivpflichtigen tracheotomierten Patienten adressieren (vgl. Kommentierung zur Artikel 1 Nr. 12).

C Änderungsvorschlag

In § 5 wird nach Absatz 3d folgender geänderter Absatz 3f angefügt:

„(3f) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 Abschläge für Krankenhäuser, wenn eine Feststellung des Beatmungsstatus bzw. des Dekanülierungspotenzials ausgewiesen durch einen geeigneten OPS-Kode nicht erfolgt oder die Mindestmerkmale des OPS-Kodes zur Feststellung des Beatmungsstatus bzw. des Dekanülierungspotenzials nicht erfüllt wurden.“

Art. 4 Nr. 2 § 6 Abs. 2a KHEntgG - Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser mit den Krankenkassen ab dem Jahr 2021 für die längerfristige Beatmungsentwöhnung ein individuelles Zusatzentgelt vereinbaren können.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen. Die derzeit geltende Vergütungssystematik setzt Anreize, die dazu führen, dass Patienten, die eine längerfristige Beatmungsentwöhnung benötigen, keine adäquate Versorgung erhalten und häufig beatmet in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden. Durch die Vereinbarung von krankenhausespezifischen Zusatzentgelten kann die Leistung von entsprechend qualifizierten Krankenhäusern (Weaning-Einheiten) zur längerfristigen Beatmungsentwöhnung angemessen vergütet und die Zahl der Patienten, die in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden, reduziert werden.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist die in der Gesetzesbegründung in diesem Zusammenhang geforderte nähere Beschreibung der Leistungen und Kriterien des Entwöhnungsprozesses, die entsprechende Anpassung des Operationen- und Prozedurenschlüssels für das Jahr 2021 und die Schaffung eines neuen OPS-Kodes für die längerfristige Beatmungsentwöhnung, der zusätzlich zum im Jahr 2019 eingeführten OPS-Kode für die Beatmungsentwöhnung entwickelt werden soll. In diesem Zusammenhang ist es jedoch erforderlich, den Begriff „längerfristige Beatmungsentwöhnung“ genau zu definieren und von der kurz- und mittelfristigen Beatmungsentwöhnung abzugrenzen. Außerdem sollten die strukturellen und prozessualen Anforderungen an die Weaning-Einheiten genau definiert werden.

Um ein regional bedarfsgerechtes Leistungsangebot sicherzustellen, wäre es zudem sinnvoll, dass die für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung verantwortlichen Landesplanungsbehörden einen Versorgungsauftrag für die Weaning-Leistungserbringer krankenhausespezifisch ausweisen.

C Änderungsvorschlag

Ergänzend zu der in Artikel 4 Nr. 2 vorgeschlagenen Regelung wird in § 17b Abs. 1 KHG folgenden Satz 14 angefügt:

„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erstellt im Benehmen mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Deutschen Gesellschaft für Pneumologie einen OPS-Kode, der die Mindestmerkmale einer Weaning-Einheit, unter anderem die Qualifikation des Arztes und die technischen Anforderungen, bis zum 01.07.2020 festlegt. Dieser OPS-Kode kann nur von Krankenhäusern kodiert werden, für die die zuständige Landesplanungsbehörde einen entsprechenden Versorgungsauftrag krankenhausespezifisch ausgewiesen hat.“

Art. 4 Nr. 3 § 9 Abs. 1a KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner vereinbaren bis zum 31. 08.2020 die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur Ausgestaltung von Abschlägen für diejenigen Krankenhäuser, die vor der Entlassung oder Verlegung von beatmeten Patienten den Beatmungsstatus gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a SGB V nicht erfassen oder eine erforderliche Anschlussversorgung gemäß § 39 Abs. 1a Satz 8 SGB V nicht verordnen.

B Stellungnahme

Die Regelung hat zum Ziel, die direkte Entlassung von beatmeten Patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne Erfassung und Ausschöpfung des vorhandenen Weaningpotenzials durch eine längerfristige Beatmungsentwöhnung zu verhindern und wird daher ausdrücklich begrüßt. Die Regelung ist jedoch zu erweitern auf die Patientengruppe der intensivpflegebedürftigen tracheotomierten Patienten, deren Dekanülierungspotenzial überprüft werden muss und die gegebenenfalls eine Anschlussversorgung benötigen (vgl. Kommentierung zur Artikel 1 Nr. 12).

Abgelehnt wird hingegen die Festlegung, dass die Pflicht zur Feststellung des Beatmungsstatus bzw. des Dekanülierungspotenzials über die Landesverträge nach § 112 SGB V geregelt wird (vgl. Kommentierung zur Artikel 1 Nr. 12). Ebenso abzulehnen ist die Regelung zur Verordnung einer weiteren Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements (vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 3).

C Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1a wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
- b) Nach Nummer 7 werden folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

„8. bis zum 31.08.2020 das Nähere zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser, wenn die Mindestanforderung des OPS-Kodes zur Feststellung des Beatmungsstatus bzw. des Dekanülierungspotenzials nach § 17b Absatz 1 Satz 13 KHG erfüllt sind;

9. bis zum 31.08.2020 eine Festlegung in der Fallpauschalenvereinbarung zur Ausnahme vom Verlegungsabschlag, wenn die Mindestmerkmale des OPS-Kodes zur Feststellung des Beatmungsstatus bzw. des Dekanülierungspotenzials nach § 17b Absatz 1 Satz 13 KHG erfüllt sind und in eine Weaningeinheit nach § 17b Absatz 1 Satz 14 KHG verlegt wurde.“

Art. 5 – Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 umfasst ab dem 01.01.2021 nicht mehr die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege.

B Stellungnahme

Nach der Gesetzesvorlage werden die Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung in den Verträgen nach § 132a nicht mehr Bestandteil der Bundesrahmenempfehlungen. Für den Zeitraum bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.01.2021 würde es damit an einer Rechtsgrundlage für die zum Tag des Inkrafttretens festgelegten Inhalte der Bundesrahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivversorgung fehlen.

C Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Absatz 2 wird nach Nummer 1 und Nummer 13 Buchstabe a ergänzt.

III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 111 Abs. 5 SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

Begründung

Die vorgeschlagene Regelung passt die Vergütungsregelungen für Hol- und Bringdienste im Kontext eines Aufenthaltes in einer Rehabilitationseinrichtung nach §111 SGB V an die Regelungen des § 41 Abs. 1 S. 2 SGB XI für die Tages- und Nachtpflege an.

Mit dem BVerwG-Urteil 10 C 1.19 vom 8. 05.2019 wurde festgestellt, dass die Beförderung von Patienten von ihrer Wohnung zu einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung und zurück durch deren eigenen Fahrdienst nach dem Personenbeförderungsgesetz genehmigungspflichtig ist. Das Durchführen sogenannter Hol- und Bringdienste zwischen Wohnort und Rehabilitationseinrichtungen durch eine Rehabilitationseinrichtung ist damit an die Bedingung geknüpft, dass die Einrichtungen über eine entsprechende Konzession nach dem Patientenbeförderungsgesetz verfügt. Diese Rechtsauslegung wird in einigen Bundesländern umgesetzt. Sie ist jedoch mit Nachteilen für die Patienten und die Kostenträger verbunden. Für die Patienten entstehen durch diese Regelung vermeidbare Versorgungsbrüche. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Anschlussrehabilitation nach einem stationären Krankenhausaufenthalt. Bislang erfolgte in der Regel ein nahtloser Übergang von Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation, der auch die Bring- und Holddienste zwischen den Einrichtungen umfasst. D. h. im Anschluss an eine KH-Behandlung erfolgt für den Versicherten eine qualifizierte Beförderung zu einem aus den Versorgungserfordernissen definierten Zeitpunkt. Es werden so Wartezeiten vermieden und der Patient kann ohne Verzögerung in die nächsten Schritte der Behandlungskette integriert werden. Gleiches gilt bei der Entlassung. Auch hier wird der Versicherte mit einem adäquaten Fahrzeug ohne Wartezeiten zum Wohnort transportiert. Entsprechendes gilt bei der ambulanten Versorgung.

Durch die Konzessionsanforderungen wird die Integration der Bring- und Holddienste in die Behandlungskette deutlich erschwert, da in der Regel eine neue Schnittstelle zu einem externen Fahrdienstleister mit einer entsprechenden Konzession geschaffen werden muss. Gerade für die Versicherten der GKV, deren durchschnittliches Alter im Bereich der medizinischen Rehabilitation jenseits von 65 Jahren liegt, entstehen damit unnötige Belastungen, die vermeidbar sind. Auf Seiten der GKV entstehen darüber hinaus vermeidbare Mehrkosten im Millionenbereich. Durch die Berücksichtigung eines für den Fahrdienst zu berücksichtigenden Kostenanteils bei der Definition des Vergütungssatzes für die Rehabilitationsleistung können entsprechende Versorgungsbrüche und Mehrkosten vermieden werden.

Änderungsvorschlag

In § 111 Abs. 5 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Die Vertragsparteien können neben den Vergütungssätzen für die Rehabilitationsmaßnahme auch eine Vergütung für die notwendige Beförderung des Rehabilitanden zwischen Krankenhaus, Einrichtung der Rehabilitationsmaßnahme und Wohnung bzw. zwischen Einrichtung der Rehabilitationsmaßnahme und Wohnung und zurück vereinbaren.“

§ 111c Abs. 3 SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

Begründung

Die vorgeschlagene Regelung passt die Vergütungsregelungen für Hol- und Bringdienste im Kontext eines Aufenthaltes in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung nach §111c SGB V an die Regelungen des § 41 Abs. 1 S. 2 SGB XI für die Tages- und Nachtpflege an.

Vgl. Kommentierung zu § 111 Abs. 5 SGB V (zusätzlicher Änderungsbedarf).

Änderungsvorschlag

In § 111c Abs. 3 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Die Vertragsparteien können neben den Vergütungssätzen für die Rehabilitationsmaßnahme auch eine Vergütung für die notwendige Beförderung des Rehabilitanden zwischen Krankenhaus, Einrichtung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme und Wohnung bzw. zwischen Einrichtung der Rehabilitationsmaßnahme und Wohnung und zurück vereinbaren.“

§ 114 Abs. 2 SGB XI Qualitätsprüfungen: Folgeregelung aufgrund eines eigenständigen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege in § 37c SGB V

Begründung

Der Medizinische Dienst führt bei den Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 oder nach § 132i Absatz 5 SGB V im Auftrag der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen Kontrollen zur Einhaltung von vertraglich vereinbarten Leistungs- und Qualitätsanforderungen sowie Abrechnungskontrollen für Leistungen nach § 37 und § 37 c SGB V durch, sollten keine Prüfungen gemäß § 114 Absatz 2 SGB XI erfolgen. Bisher fehlt jedoch die entsprechende Regelung im § 114 SGB XI. Dementsprechend ist auch die Aufnahme der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 37 c SGB V in den § 114 Absatz 2 erforderlich.

Änderungsvorschlag

In § 114 Absatz 2 wird Satz 9 SGB XI wie folgt gefasst:

„Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege und die nach § 37 c des Fünften Buches erbrachten Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden.“