



BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 06.09.2019

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung
von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versor-
gung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz –RISG)

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Detailkommentierung	7
Außerklinische Intensivpflege.....	7
Artikel 1	7
zu Nr. 2 – Einschätzung des Weaningpotenzials (§ 37c SGB V)	7
zu Nr. 2 – Regelungsbestandteile der Richtlinie des G-BA (§ 37c SGB V)	7
zu Nr. 2 – Zumutbarkeitsprüfung (§ 37c SGB V)	8
zu Nr. 2 – Finanzierung der außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Einrichtung (§ 37c SGB V)	12
zu Nr. 2 – Anrechnung Sachleistungsbetrag (§ 37c SGB V)	13
zu Nr. 3 – Entlassmanagement (§ 39 SGB V).....	14
zu Nr. 12 – Qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus (§ 112 SGB V) ..	14
zu Nr. 14 – Besetzung der Schiedsstelle (§ 132i SGB V).....	15
zu Nr. 14 – Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (§ 132i SGB V).....	16
zu Nr. 14 – Verträge mit den Leistungserbringern (§ 132i SGB V).....	17
zu Nr. 14 – Kooperationsvereinbarungen mit Fachärzten und Heilmittelerbringern (§ 132i SGB V).....	18
zu Nr. 15 – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen (§ 275b SGB V).....	19
Artikel 4 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	21
zu 1. – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen (§ 5 KHEntgG)	21
Medizinische Rehabilitation	22
Artikel 1 – Leistungsrechtliche Grundlagen der medizinischen Rehabilitation.....	22
zu Nr. 4a – Mehrkostenregelung (§ 40 SGB V).....	22
zu Nr. 4b) aa) – Leistungen medizinischer Rehabilitation (§ 40 SGB V).....	22

zu Nr. 4b) bb) – Dauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V).....	24
zu Nr. 4b) dd) – Wiederholungsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendrehabilitation (§ 40 SGB V).....	24
zu Nr. 4b) ee) – Neue Berichtspflicht zur geriatrischen Rehabilitation (§ 40 SGB V).....	25
Artikel 1 – Vertragsrechtliche Grundlagen der medizinischen Rehabilitation.....	25
zu Nr. 8a) und 11a) – Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§§ 111 und 111c SGB V).....	25
zu Nr. 8b), 9 und 11b) – Rahmenempfehlungen (§§ 111, 111a, 111c SGB V)	26
zu Nr. 10 b) – Landesschiedsstelle (§ 111b SGB V)	27
III. Weiterer Änderungsbedarf	28
Nationales Beatmungsregister	28
Mobile Rehabilitation.....	29

I. Vorbemerkung

Außerklinische Intensivpflege

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf auf die besonderen Versorgungsbedarfe von außerklinischen Intensivpflege-Patienten und hier v.a. der Beatmungspatienten eingegangen wird.

Von den schätzungsweise 15.000 bis 30.000 Beatmungspatienten, die zu Hause oder in sogenannten Beatmungs-WGs versorgt werden, könnten laut Studien etwa 60 bis 70 Prozent von der künstlichen Beatmung entwöhnt werden. Häufig unterbleibt jedoch dieser Versuch, da die finanziellen Anreize zur Dauerbeatmung zu hoch und die zur Entwöhnung zu gering sind. Gleichzeitig ist bekannt, dass nicht immer das notwendige Fachpersonal in der ambulanten Betreuung der Beatmungspatienten eingesetzt, aber abgerechnet wird. Versorgungs- und Lebensqualität sowie die Chance auf Teilhabe der betroffenen Patienten müssen wieder in den Vordergrund gerückt und finanzielle Fehlanreize abgeschafft werden. Hierzu enthält der Referentenentwurf viele begrüßenswerte Vorschläge.

Dem Recht auf Selbstbestimmung bei der Wahl des Versorgungsortes ist bei der weiteren Ausarbeitung des Gesetzesvorschlags zwingend Rechnung zu tragen. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor die **„Zumutbarkeitsprüfung“ durch eine individuelle „Bedarfs- und Versorgungsprüfung“ zu ersetzen**, welche sowohl die Wünsche, Vorstellungen und Möglichkeiten der Betroffenen als auch medizinische Aspekte berücksichtigt. Grundlage einer solchen Prüfung sollte eine Richtlinie des Spitzenverband Bund der Krankenkassen sein, die unter Beteiligung des medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erarbeitet wird. Die Prüfung sollte den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) obliegen.

Finanzielle Aspekte bei der Wahl des Versorgungsortes sollen nivelliert und somit eine echte Wahlfreiheit für die Betroffenen geschaffen werden. Angesichts der derzeitigen Ungleichbehandlung von Versorgungssettings ist dies zu unterstützen. Im Sinne der Betroffenen plädiert der BKK Dachverband jedoch dafür, dass die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei einer stationären Versorgung regelhaft durch die Krankenkassen übernommen werden und es nicht bei möglichen Satzungsleistungen, wie im Referentenentwurf vorgesehen, bleibt.

Der Betriebskrankenkassen sprechen sich dafür aus, dass die **Verträge mit den Leistungserbringern** gemeinsam und einheitlich als Kollektivverträge durch die Landesverbände der Krankenkassen bzw. dem Verband der Ersatzkassen geschlossen werden. Um weitere ökonomische Fehlanreize zu vermeiden, sollte das Feld der außerklinischen Intensivpflege nicht als Wettbewerbsfeld der Kassen definiert werden.

Um die Versorgung der Patienten sicherzustellen sollten **bestehenden Verträge zur häuslichen Krankenpflege**, die die außerklinische Intensivpflege derzeit regeln, im Rahmen einer Übergangsfrist solange Gültigkeit bewahren, bis ein neuer Vertrag geschlossen wurde. Zur Sicherstellung angemessen zügiger Vertragsabschlüsse, schlagen die Betriebskrankenkassen eine Übergangsfrist von nicht mehr als 12 Monate nach Abschluss der Rahmenempfehlungen vor.

Wenngleich die vorgesehenen Regelungen zur **Qualitäts- und Abrechnungsprüfung** der außerklinischen Wohneinheiten zu begrüßen sind, weist der BKK Dachverband darauf hin, dass es bei einer Feststellung von Defiziten an einer gesetzlichen Grundlage zur Erstellung von entsprechenden Maßnahmenbescheiden fehlt. Der Gesetzesvorschlag sollte analog der Regelung zur Qualitätssicherung im SGB XI im Sinne der Patientensicherheit ergänzt werden.

Darüber hinaus schlagen die Betriebskrankenkassen die **Einrichtung eines Nationalen Beatmungsregisters** vor, um die Transparenz der Versorgung dieser vulnerablen Versicherten-Gruppe zu erhöhen und Bedarfe besser aufgreifen zu können.

Medizinische Rehabilitation

Die Betriebskrankenkassen lehnen eine **Halbierung der Mehrkosten** bei Wahl einer anderen zertifizierten Rehabilitationseinrichtung ab. Die Krankenkassen übernehmen bereits heute in vielen Fällen Mehrkosten, wenn diese ein gewisses Maß nicht überschreiten. Dass mit der Halbierung der Mehrkosten nun ggf. unwirtschaftliche Rehabilitationskliniken von den Krankenkassen auf Kosten aller Beitragszahler finanziell unterstützt werden sollen ist kritisch zu bewerten. Darüber hinaus wird es den Krankenkassen erschwert, Verträge zur Qualität mit besonders geeigneten Einrichtungen zu vereinbaren, da nur noch unzureichende Planungssicherheit besteht.

Die Intention des Gesetzgebers, die **geriatrische Rehabilitation** zu stärken wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Die Kassen bei einer vertragsärztlichen Verordnung geriatrischer Rehabilitation hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit künftig auszuschließen lehnen die

Betriebskrankenkassen hingegen ab. Denn die Praxis zeigt, dass häufig unzureichende sozialmedizinische Kenntnissen der Vertragsärzte dazu führen, dass die Indikationsstellung falsch oder aufgrund unvollständiger Angaben nicht nachvollziehbar ist. Die Krankenkassen können heute hingegen - unter Einbezug des MDK - hinsichtlich der umfassenden Situations- und Bedarfsermittlung und folglich der Auswahl einer geeigneten Einrichtung unterstützen. Sollte der Gesetzgeber an der Änderung festhalten, ist es zwingend erforderlich, dass geeignete Abschätzungsinstrumente zur Bedarfsermittlung einer geriatrischen Rehabilitation für die Vertragsärzte in der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA verankert werden. Auch die Festlegung einer Mindestdauer für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Starre Mindestdauern könnten dazu führen, dass die Patienten die Rehabilitation nicht antreten, weil sie z.B. im Falle einer stationären Rehabilitation ihre Häuslichkeit nicht so lange verlassen wollen. Damit können Krankenkassen außerdem keine individuellen, bedarfsgerechten Angebote mehr unterbreiten.

Eine generelle **Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität** für die Vergütungsverhandlungen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Mit der bestehenden Ausnahmeregelung in § 71 Abs. 1 SGB V können bereits heute entsprechend höhere Vergütungen vereinbart werden.

Darüber hinaus schlägt der BKK Dachverband vor, die rechtlichen Grundlagen der **mobilen Rehabilitation** auf den Prüfstand zu stellen. Der Bedarf an mobilen Rehabilitationsleistungen kann gegenwärtig nur unzureichend durch die vorhandenen Strukturen auf Leistungserbringerseite aufgefangen werden.

II. Detailkommentierung

Außerklinische Intensivpflege

Artikel 1

zu Nr. 2 – Einschätzung des Weaningpotenzials (§ 37c Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V (neu))

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass die neue zu normierende Leistung der außerklinischen Intensivpflege durch besonders qualifizierte Vertragsärzte verordnet werden muss. So kann gewährleistet werden, dass der Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Entwöhnung (Weaning) bei der Verordnung eine angemessene Bedeutung zukommt. Besonders qualifiziert sind dabei nicht nur Lungenärzte/ Pulmonologen, sondern ebenso Fachärzte für Anästhesiologie mit einschlägiger klinischer Erfahrung zu Langzeitbeatmung und Weaning und solche, welche die Zusatzbezeichnung spezielle Anästhesiologie und Intensivmedizin führen. Im Rahmen der Verordnung sieht der BKK Dachverband allerdings die Notwendigkeit, dass in regelmäßigen Abständen – neben der Einschätzung des besonders qualifizierten Vertragsarztes – auch die Einschätzung eines Weaningspezialisten aus einem regionalen Weaningzentrum in regelmäßigen Abständen konsiliarisch eingeholt wird. Dies wäre nach Ansicht des BKK Dachverbandes ebenfalls in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu regeln – insbesondere, in welchen zeitlichen Abständen dies zu erfolgen hat. Eine Einbindung der Fachpflege Anästhesie und Intensivpflege ist dort ebenfalls zu verankern.

Änderungsvorschlag:

Nach § 37c Abs. 1 S. 3 SGB V (neu) wird folgender neuer Satz 4 eingefügt:

„Für die Erhebung nach Satz 3 ist in regelmäßigen Abständen ein Facharzt eines Weaningzentrums konsiliarisch hinzuzuziehen. Das Nähere hierzu wird in der Richtlinie nach Satz 5 bestimmt.“

zu Nr. 2 – Regelungsbestandteile der Richtlinie des G-BA (§ 37c Abs. 1 S. 4 SGB V (neu))

Den neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen einer Richtlinie des G-BA n. § 92 SGB V zu regeln, ist aus Sicht des BKK Dachverbandes auch aufgrund der sektorenübergreifenden und multiprofessionellen Handlungsbedarfe notwendig, um insbesondere die medizinischen Möglichkeiten (z.B. bzgl. Weaning) und Leitlinien (z.B. zum prolongierten

Weaning) deutlich konsequenter in der Versorgung zu verankern – dies kommt auch in den genannten Regelungsinhalten zum Ausdruck.

Aktuelle Forschungsergebnisse¹ zeigen einen weiteren Sachverhalt, welchem die angedachten Richtlinien Rechnung tragen sollten. So war rund die Hälfte (40.000) der Patienten, die mit einer bestehenden Beatmung im Jahr 2018 in Krankenhäusern in Deutschland behandelt wurden, zwischen 70 und 100 Jahre alt – knapp 1.500 Patienten waren zwischen 90 und 100 Jahre alt. Neben der Langzeitbeatmung weist diese Patientengruppe deutliche Ko-Morbiditäten auf. Konkret sind die Betroffenen zusätzlich häufig mit pneumologischen, kardiologischen und neurologischen Begleiterkrankungen konfrontiert. Hieraus resultiert aus Sicht der Experten die Frage, ob bei der Entscheidung der Beatmung erreichbare Therapieziele und Therapiewünsche des Patienten außer Acht gelassen werden. Um die Aspekte Lebensqualität und Selbstbestimmung der Betroffenen (auch im Hinblick auf eine ggf. begrenzte Lebenserwartung) deutlicher in den Fokus zu nehmen, ist es aus Sicht des BKK Dachverbandes sinnvoll, in den Richtlinien n. § 92 zum Inhalt und Umfang der Leistungen auch als zusätzliche Voraussetzung eine umfassende Beratung zu etwaigen Therapieoptionen und -zielen zu berücksichtigen. Diese sollte auch palliativmedizinische Aspekte miteinbeziehen.

Änderungsvorschlag:

§ 37c Abs. 1 S.3 SGB V (neu) wird durch folgenden Satz 5 ergänzt:

„Inhalt und Umfang der Leistung beinhaltet auch eine Beratung zu den individuellen Therapieoptionen unter Berücksichtigung palliativmedizinischer Aspekte.“

zu Nr. 2 – Zumutbarkeitsprüfung (§ 37c Abs. 2 S. 2 und 3 SGB V (neu))

Der Referentenentwurf sieht einen regelhaften Vorrang der Versorgung in Einrichtungen der vollstationären Pflege n. § 43 SGB XI oder in sog. Wohneinheiten i. S. d. § 132i Abs. 5 Nr. 1 SGB V (neu) vor, welche als spezialisierte Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege gelten. Hintergrund ist lt. Gesetzesbegründung der spezielle Versorgungsansatz bzw. -bedarf, welcher

¹ Karagiannidis, C. et al. (2019). Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. Dtsch Med Wochenschr 2019; 144: e58–e63
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0758-4512.pdf> (26.08.19).

bspw. spezielle Qualifikationsanforderungen an das Personal, an die Qualitätssicherung insgesamt, die evtl. notwendige 1 zu 1-Versorgung, die Eignung der Räumlichkeiten, die Möglichkeiten zur multiprofessionellen Versorgung usw. erfordert. Der Ausnahmetatbestand wird hier zudem an die Kriterien der „Zumutbarkeit“ und der „Möglichkeit der Versorgung“ geknüpft. Regelmäßig unzumutbar ist demnach die Versorgung von Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, während bei den übrigen Betroffenen bei der Prüfung der Zumutbarkeit die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen sind.

Nach Ansicht des BKK Dachverbandes stehen sich der nachvollziehbare Vorrang der Versorgung in entsprechend ausgerüsteten Einrichtungen und die „Zumutbarkeitsprüfung“ diametral gegenüber. Insbesondere da die als „Zumutbarkeitsprüfung“ beschriebene rechtliche Grundlage inhaltlich unzureichend ausgestaltet und damit für die Krankenkassen bei einer Leistungsentscheidung nicht operationalisierbar ist. Nach Ansicht des BKK Dachverbandes müsste eine solche „Zumutbarkeitsprüfung“ als individuelle Einzelfallprüfung erfolgen und zudem weitere sozio-medizinische Aspekte umfassen, um für die jeweilige individuelle Fallkonstellation eine möglichst passende Versorgungslösung zu finden. Insofern müssten die im Referentenentwurf formulierten Kriterien zu den Ausnahmetatbeständen („nicht möglich“, „nicht zumutbar“) zwingend inhaltlich konkretisiert und erweitert werden. In den Blick genommen müssen neben den klassischen medizinisch-pflegerischen Aspekten (z.B. Weaningpotenzial/ Prognose) auch Gesichtspunkte, welche die Häuslichkeit als etwaigen Versorgungsmittelpunkt in den Fokus nehmen, wie die hygienische und bauliche Voraussetzungen (Notstromversorgung, Wohnungsgröße etc.) und ob die Grundvoraussetzungen für eine außerklinische Intensivpflege auf einem qualitativ hochwertigen Niveau gegeben ist. Ferner sollten auch die individuelle Teilhabe und Selbstbestimmungsmöglichkeiten eine zentrale Rolle spielen.

Zusätzlich ist aus Sicht des BKK Dachverbandes die Einschränkung, dass die außerklinische Intensivpflege außerhalb des eigenen Haushalts oder der Familie bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V (neu) in der Regel nicht zumutbar sei, kritisch zu hinterfragen. Sie widerspricht auch der Gesetzesbegründung, in welcher die Möglichkeit einer vollstationären Pflege ausdrücklich auf Wunsch der Betroffenen zulässig sein soll. Hier wäre nach Auffassung der Betriebskrankenkassen eine ausdrückliche Klarstellung in § 37c Abs. 2 SGB V (neu) wünschenswert, zumal das Kriterium der „Zumutbarkeit“ auch in diesem speziellen Kontext kritisch zu bewerten ist, da es sich auch hierbei immer um individuelle Versorgungskonstellationen handelt.

Ergänzend sei erwähnt, dass bislang spezialisierte vollstationäre Pflegeeinrichtungen für Kinder bis zum 18. Lebensjahr nur in wenigen Fällen vorhanden sind. Diese Einrichtungen benötigen für die speziellen Fallkonstellationen von beatmungspflichtigen Kinder, welche im Regelfall

nicht im häuslichen Umfeld versorgt werden können, eine räumliche Nähe und enge Kooperation mit Kinderkliniken. Andernfalls werden die betroffenen Kinder – sofern sie keine vollstationäre Versorgungsmöglichkeit erhalten – meist über längere Zeiträume direkt auf Intensivstationen der Kinderkliniken versorgt. Mit einem kategorischen Ausschluss einer vollstationären Pflege für Kinder würden diese wichtigen – wenn auch seltenen – Strukturen infrage gestellt (Bsp.: Kinderhaus AtemReich gemeinnützige GmbH, Link: <https://www.atemreich.de/>).

Die komplexe Gemengelage erfordert nach Ansicht des BKK Dachverbandes eine differenzierte Prüfung, welche sowohl die individuellen Wünsche, Vorstellungen und Möglichkeiten der Betroffenen als auch medizinische Aspekte berücksichtigen muss. Daher empfiehlt der BKK Dachverband, die bislang angedachte „Zumutbarkeitsprüfung“ durch eine individuelle „Bedarfs- und Versorgungsprüfung“ zu ersetzen. Eine solche Prüfung ist nur von entsprechend fachkundigem und qualifiziertem Personen adäquat durchführbar. Ebenfalls sollte hier ein beratender Ansatz zur individuellen Versorgungsperspektive implementiert sein. Um eine einheitliche Rechtsanwendung für eine unabhängige sozio-medizinische Prüfung zu gewährleisten, bedarf es einer Richtlinie. Diese sollte durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und unter Beteiligung des medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erarbeitet werden.

Der grundsätzlich zielführende Aspekt einer regelhaften Versorgung in stationären Einrichtungen sollte Richtschnur bei der Definition von Ansprüchen an die Versorgungsqualität sein. Ansonsten wäre eine Entwicklung zu befürchten, welche den „Ausnahmefall“ zum „Normalfall“ deklariert. Zudem wäre nach Ansicht des BKK Dachverbandes festzulegen, den neuen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege als „Ausnahmetatbestand“ im häuslichen Setting an die Prämisse zu knüpfen, dass die erforderliche medizinische-pflegerische Versorgung zu jeder Zeit in der erforderlichen Qualität sichergestellt sein muss. Darüber hinaus muss auch sichergestellt sein, dass Angehörige durch die Versorgung nicht psychisch und physisch überfordert werden. Ergänzend sollte in den zu fassenden Richtlinien des G-BA nach § 92 Abs. 1 S. 1, Nr. 6 SGB V definiert werden, welche „Ausnahmetatbestände“ bereits bei der Verordnung außerklinischer Intensivpflegeentscheidungsleitend sein sollen und welche folglich auch in den oben erwähnten Richtlinien des Spitzenverband Bund der Krankenkassen Berücksichtigung finden müssen. So existieren – wenn auch wenige – Fallkonstellationen, in denen Beatmung im häuslichen Umfeld tatsächlich Lebensqualität sichern kann (z.B. hoher Querschnitt, Muskelerkrankungen). Die Prüfung dieser außerklinischen Intensivpflegefälle muss aber den gleichen qualitativen Maßstäben genügen, wie die Pflege in vollstationären Einrichtungen oder Wohneinheiten. Denn nur so können an einen Intensivpflegedienst gleichartige

bzw. gleichwertige Qualitätsanforderungen und personellen Qualifikationsanforderungen gestellt und ein Nachweis von Kooperationsvereinbarungen mit Ärzten und anderen Heilberufen gestellt werden, wie dies für die Betreiber von Wohneinheiten oder vollstationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen ist.

Da es darüber hinaus Menschen geben wird, die eine häusliche Betreuung fordern und die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder Wohneinheit ablehnen, müssen auch solche Fallkonstellationen in den vorgeschlagenen Richtlinien des Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt werden, damit eine adäquate Leistungsentscheidung der zuständigen Krankenkasse erfolgen kann. Außerdem ist es mit dem im Referentenentwurf zu den Nachhaltigkeitsaspekten erwähnten Prinzip 3 „Natürliche Lebensgrundlagen erhalten“ eher vereinbar, grundsätzlich für die Betroffenen der Wunsch, an welchem Ort sie sich versorgen lassen wollen, als leistungsentscheidendes Kriterium zu definieren. Denn es obliegt der staatlich auszugestaltenden sozialen Fürsorge, einen entsprechenden Rahmen zu setzen, welcher die Betroffenen und deren Angehörige vor Missbrauch und Fehlentwicklungen schützt und nach Möglichkeit gleichzeitig eine qualitativ vergleichbare Sicherstellung der Versorgung zu ermöglichen.

Konsequenterweise wäre die vom BKK Dachverband empfohlene „Bedarfs- bzw. Versorgungsprüfung“ dann durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) durchzuführen. Hierbei würde dann die Entscheidung zum Vorliegen eines „Ausnahmetatbestands“ dem qualifizierten Fachpersonal des MDK im Rahmen einer Begutachtung obliegen.

zu Nr. 2 – Übergangsregelung für bestehende Versorgungen in der eigenen Häuslichkeit (§ 37c Abs. 2 S. 4 SGB V (neu))

Für diejenigen Versicherte, welche bereits heute in der eigenen Häuslichkeit intensivpflegerisch versorgt werden, geben die bislang gewohnten Abläufe in der eigenen Häuslichkeit Sicherheit und Stabilität. Abrupte Veränderungen bzw. der Wechsel in ein anderes Versorgungsetting wäre für die Betroffenen mit zusätzlichen Belastungen verbunden, auch wenn die Chancen in Bezug auf die Qualität der Versorgung und der erhöhten Chance auf eine Beatmungsentwöhnung offensichtlich sind. Bei Versicherten, bei denen sich eine prolongierte Beatmung/bzw. Weaning (akut) im Krankenhaus neu entwickelt, kann hinsichtlich der weiterführenden Versorgung grundsätzliche eine andere Offenheit für die bestmögliche (stationäre) Weiterversorgung unterstellt werden.

Diesem Umstand sollte aus Sicht des BKK Dachverbandes Rechnung getragen werden. Daher wird vorgeschlagen, die im Referentenentwurf enthaltene Übergangsregelung für diejenigen Versicherten komplett zu entfristen, die bereits Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in ihrem Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort in Anspruch nehmen. Im Zusammenhang mit dem auch hier erwähnten Kriterium der „Zumutbarkeit“ wäre es allerdings nach Ansicht des BKK Dachverbandes durchaus angezeigt, die betroffenen Versicherten bzw. deren Angehörige hinsichtlich der mit dem RISG bestehenden neuen Möglichkeiten zu beraten. Eine solche Beratungen könnten die Pflegekassen nach den Maßgaben der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI verpflichtend durchführen. Denkbar wäre es auch, für die hier betroffenen Versicherten eine „Bedarfs- bzw. Versorgungsprüfung“ vorzusehen (vgl. Ausführungen zu Nr. 2 – Regelungsbestandteile der Richtlinie des G-BA (§ 37c Abs. 1 SGB V S. 4 SGB V (neu)), ohne dass diese zu einer neuen Leistungsentscheidung der Krankenkasse führt bzw. die Betroffenen zum Wechsel des Versorgungssettings verpflichtet.

Änderungsvorschlag:

Unter der Annahme, dass das Kriterium der „Zumutbarkeit“ weiter zur Anwendung kommt, wird § 37c Abs. 2 S. 4 SGB V (neu) wie folgt gefasst und eine neuer Satz 5 angefügt:

„Die Unterbringung in einer Einrichtung nach Satz 3 ist für Versicherte, die am (einfügen: Tag des Inkrafttretens) bereits Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in ihrem Haushalt, in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort bereits in Anspruch nehmen, nicht zumutbar. In diesem Fall erfolgt verpflichtend eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches insbesondere mit dem Ziel, zur Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach Maßgabe der Absätze 1, 2 und 4 umfassend zu beraten.“

zu Nr. 2 – Finanzierung der außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Einrichtung (§ 37c Abs. 3 SGB V (neu))

Der Referentenentwurf folgt dem Anspruch finanzielle Aspekte bei der Wahl des Versorgungssettings auszuhebeln und somit eine echte Wahlfreiheit zu schaffen. Angesichts der derzeitigen Ungleichbehandlung, welche aus der getrennten Kostenträgerschaft resultiert, ist dies zu unterstützen. Nach Ansicht der Betriebskrankenkassen wird der implementierte Ansatz, die Übernahme der vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung n. § 87 SGB XI bei einer

stationären Versorgung in Einrichtungen n. § 43 SGB XI als Kassenleistung lediglich über Satzungsleistungen und damit als Kann-Regelung finanzierbar zu machen, dem oben genannten Anspruch allerdings nicht vollends gerecht. Im Sinne der Betroffenen plädiert der BKK Dachverband deshalb dafür, dass auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung regelhaft durch die Krankenkassen übernommen werden.

Änderungsvorschlag:

§ 37c Abs. 3 SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

„(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches sowie die notwendigen Investitionskosten und die vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches.“

zu Nr. 2 – Anrechnung Sachleistungsbetrag (§ 37c Abs. 3 SGB V (neu))

In der rechtssystematischen Logik der getrennten Kostenträgerschaft zwischen SPV und GKV erfolgt im Absatz 3 bei einer Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, auch die Anrechnung der Leistungen nach § 43 SGB XI. Ähnlich verhält es sich mithin auch bei einer intensivpflegerischen Versorgung in den Wohneinheiten nach § 132i Abs. 5 Nr. 1 SGB V (neu), denn diese sind grundsätzlich dem ambulanten Sektor zuzuordnen. Die Übernahme der Kosten für die notwendigen intensivpflegerischen Maßnahmen obliegen insoweit rechtssystematisch auch der Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen. Eine Anrechnung der Sachleistungen nach § 36 SGB XI ist hierbei folglich gleichermaßen sachgerecht, weil mit der Intensivpflege auch ein grundpflegerischer Bedarf einhergeht, den es analog auch aus der SPV zu finanzieren gilt.

Änderungsvorschlag:

Nach § 37c Abs. 3 SGB V wird ein neuer Absatz 4 eingefügt, der wie folgt lautet:

„Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer Wohneinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 36 des Elften Buches sowie die notwendigen Investitionskosten.“

zu Nr. 3 – Entlassmanagement (§ 39 Absatz 1a SGB V)

Prinzipiell begrüßen die Betriebskrankenkassen, dass im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung in einem anderen Krankenhaus sichergestellt werden soll. Diese Möglichkeit sollte aber nur dann gegeben sein, wenn das betreffende Krankenhaus die Leistung nicht selbst erbringen kann. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Patienten mit Komplikationen oder nicht abgeschlossener Behandlung, bei denen es im Fall der Wiederaufnahme zu einer Fallzusammenlegung käme, in andere Krankenhäuser verlegt werden. Sofern sich die Verlegungsmöglichkeit nur auf die nahtlose Behandlung von Beatmungspatienten bezieht, ist dagegen nichts einzuwenden.

Änderungsvorschlag:

§ 39 Absatz 1a S. 7 SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

„Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus, solange das betreffende Krankenhaus die Leistung nicht selbst erbringen kann.“

zu Nr. 12 – Qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus (§ 112 SGB V)

Die Vertragsparteien auf Landesebene sollen in den Verträgen über Krankenhausbehandlung vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten deren Beat-

mungsstatus durch qualifizierte Fachärzte festgestellt wird. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, dass die Prüfung nur durch einen von der Einrichtung und dem zuständigen Weaningzentrum unabhängigen Facharzt durchzuführen ist.

Derzeit bietet das DRG-basierte Fallpauschalensystem spezifische Anreize für Krankenhäuser zur Beatmung. Deren Dauer steht dabei immer wieder in Verdacht als erlössteigernde Prozedur zu Unrecht kodiert bzw. unnötig lange durchgeführt zu werden. Es bestehen daher Anreize, Menschen in Langzeitbeatmung zu halten. Diese sind nur aufzulösen, wenn die Beurteilung des Weaningpotenzials – ähnlich wie bei den Transplantationsregeln – ausschließlich durch unabhängige Ärzte erfolgt.

Für Langzeit-Beatmungspatienten werden im Rahmen des Entlassmanagements entscheidende Weichen für den weiteren Versorgungsweg gestellt. Vor diesem Hintergrund sollte der betreuende qualifizierte Facharzt im Krankenhaus zusammen mit dem Patienten (und ggf. Angehörigen und Zugehörigen), alle bestehenden Therapieoptionen bzw. Therapieziele unter Einbeziehung palliativmedizinischer Möglichkeiten besprechen („ethische Fallbesprechung“). Gegebenenfalls eignet sich auch die Hinzuziehung eines Mitglieds des Ethikkomitees des Krankenhauses. Ziel der Fallbesprechung ist, den Patienten in die Lage zu versetzen, selbstbestimmt eine bewusste Entscheidung für die Therapieoption zu treffen, die aus seiner Sicht die für ihn beste Lebensqualität ermöglicht.

zu Nr. 14 – Besetzung der Schiedsstelle (§ 132i Abs. 4 SGB V (neu))

Die Regelungen zur Schiedsstelle sind fachlich und inhaltlich weitgehend analog zu den bereits bestehenden Regelungen nach § 132a Abs. 3 SGB V (Häusliche Krankenpflege) zu sehen. Insofern ist es aus Sicht des BKK Dachverbandes nicht nachvollziehbar, warum mit Blick auf die Anzahl der Vertreter der GKV von dieser Regelung abgewichen wird. Inwiefern eine Schiedsstelle, die keine paritätische Besetzung zwischen GKV und Leistungserbringern vorsieht, ihrem Auftrag gerecht werden kann, ist zweifelhaft. Dass darüber hinaus nicht alle Kassenarten am Schiedsverfahren beteiligt werden, ist nicht sachdienlich, insbesondere, weil die eigentlichen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen durch die einzelnen Kassenarten abzuschließen sind. Wir schlagen deshalb eine Schiedsregelung analog § 132a Abs. 3 SGB V vor. Momentan werden die Sachverhalte zur intensivpflegerischen Versorgung dort entschieden. Auf die bestehenden Schiedsstellenstrukturen zurückzugreifen wäre demnach sachlogisch und effizient.

Änderungsvorschlag:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Die gemeinsame Schiedsstelle trifft die Entscheidung über den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Rahmenempfehlungspartnern eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 Sätze 1 bis 4 und 7 sowie Absatz 10 Satz 1 gilt entsprechend.“

zu Nr. 14 – Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (§ 132i Abs. 1 SG V (neu))

In den Rahmenempfehlungen sollten aus Sicht der Betriebskrankenkassen auch explizit Anforderungen an die strukturellen baulichen Qualitätsanforderungen hinsichtlich der Wohneinheiten n. Abs. 5 Nr. 1 gestellt werden. Die derzeitige Praxis zeigt, dass viele der heutigen Wohneinheiten nicht einmal den üblichen Anforderungen des Brandschutzes oder anderer betriebstechnischer Normen genügen, die vergleichbar für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gelten. Daher sollten Mindestanforderungen in den Rahmenempfehlungen definiert werden.

zu Nr. 14 – Verträge mit den Leistungserbringern (§ 132i Abs. 5 SGB V (neu))

Nach § 132i Abs. 5 und 6 SGB V (neu) sollen die Krankenkassen über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung Verträge mit Leistungserbringern schließen. Die Vertragsverhandlungen folgen in diesem Sinne der SGB V-Systematik und somit der Wettbewerbslogik. Systemimmanent sind hierbei z.T. deutliche preisliche Spreizungen, welche ökonomische Fehlanreize für die Leistungserbringer setzen können. Vor diesem Hintergrund, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen kritisch zu hinterfragen, ob die neu normierte außerklinische Intensivpflege im Sinne der Versicherten ein völlig offenes Wettbewerbsfeld sein sollte. Der BKK Dachverband plädiert vielmehr dafür, für die außerklinische Intensivpflege einen moderateren Wettbewerb vorzusehen. Zu bevorzugen wäre, dass die Verträge mit vollstationären Pflegeeinrichtungen n. § 43 SGB XI, den Pflegediensten n. § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V (neu) und den Wohneinheiten im Sinne des § 132i Abs. 5 Nr. 1 SGB V (neu) nach gleichen Maßstäben und mit gleichen Rahmenbedingungen geschlossen werden. Die Verträge sollten insofern gemeinsam und einheitlich als Kollektivverträge durch die Landesverbände der Krankenkassen bzw. dem Verband der Ersatzkassen geschlossen werden.

Weiterhin ist festzustellen, dass mit der Streichung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Normierung des § 37c SGB V (neu) auch die vertragsrechtliche Grundlage für die außerklinische Intensivpflege gem. § 132a Abs. 4 SGB V entfällt. Selbst wenn die Richtlinie des G-BA und die Rahmenempfehlungen vor der gesetzlichen Frist fertig gestellt werden, benötigen die Vertragspartner mehr Zeit, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen. Insofern sollten die bestehenden Verträge n. § 132a Abs. 4 SGB V zur häuslichen Krankenpflege im Rahmen einer Übergangsfrist solange rechtssicher zeitlich befristet sein, bis ein Vertrag n. § 132i Abs. 5 SGB V (neu) geschlossen wurde. Zur Sicherstellung angemessen zügiger Vertragsabschlüsse, sollte eine Übergangsfrist nicht mehr als 12 Monate nach Abschluss der Rahmenempfehlungen gesetzt werden.

Begrüßt wird aus Sicht des BKK Dachverbandes, dass die außerklinische Intensivpflege in besonders qualitätsgesicherten und regulierten Wohneinheiten erbracht werden soll. Hierfür können die Krankenkassen – wie oben bereits erwähnt – mit Leistungserbringern Verträge schließen, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte organisieren und die Leistungen n. § 37c SGB V (neu) in Anspruch nehmen. Allerdings ist die Begrifflichkeit „organisierte Wohneinheit“ an dieser Stelle irreführend: Aus rechtlichen Gründen erfolgt in heutigen Intensivwohngemeinschaften derzeit eine Trennung zwischen dem Leistungserbringer der intensivpflegerischen Versorgung und demjenigen, welcher die Räumlichkeiten der Wohngemeinschaft zur Verfügung stellt. Der Begriff „organisieren“ lässt in diesem Kontext offen, wer die

konkrete Verantwortung über die Wohneinheit trägt und wer folglich Vertragspartner der Krankenkasse ist. Da nicht die Wohneinheit unter Vertrag genommen werden soll, sondern der Leistungserbringer für Leistungen n. § 37c SGB V (neu), sollte nach Ansicht des BKK Dachverbandes der Begriff „organisieren“ durch den Begriff „betreiben“ ersetzt werden.

Änderungsvorschlag:

§ 132i Abs. 5 SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

„Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit

- (1) Leistungserbringern, die eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
- (2) vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen oder
- (3) Leistungserbringern, die Leistungen in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 2 im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbringen. Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V gelten solange fort, bis diese durch Verträge nach § 132i Absatz 5 abgelöst wurden; längstens jedoch für 12 Monate nach Abschluss der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.

Im Fall der Nichteinigung...“

zu Nr. 14 – Kooperationsvereinbarungen mit Fachärzten und Heilmittelerbringern (§ 132i Abs. 6 SGB V (neu))

Kooperationsvereinbarungen sind aus Sicht des BKK Dachverbandes ein wesentliches Element, um die multiprofessionelle und sektorenübergreifende Koordination und Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege auf einem medizinisch-pflegerisch hohen Niveau zu gewährleisten. Um die Wirksamkeit von Kooperationsvereinbarungen zu unterstützen schlagen die Betriebskrankenkassen daher ergänzend vor, den Leistungsumfang, der in einer Kooperationsvereinbarung vereinbart ist, auch konkret und verbindlich festzulegen. Dies schafft für die vertrags-

schließende Krankenkasse Transparenz bzgl. des konkreten Versorgungskonzepts des Leistungserbringers. Andernfalls wäre zu befürchten, dass die Kooperationsvereinbarungen nur rein deklaratorischer Natur sind und für die Versorgung keinen Mehrwert haben.

Änderungsvorschlag:

Nach § 132i Abs. 6 Satz 1 SGB V (neu) sollte ist folgender neuer Satz 2 ergänzt werden:

„Der Leistungsumfang und die inhaltliche Ausgestaltung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 ist verbindlich festzulegen.“

zu Nr. 15 – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen (§ 275b SGB V)

Der BKK Dachverband begrüßt die durch den Referentenentwurf angedachte Änderung in Nr. 15c. Der Verweis auf § 132a Abs. 4 S. 14 SGB V ist ebenfalls folgerichtig, da in § 132a Absatz Abs. 4 Satz 14 die Anzeigepflicht von organisierten Wohneinheiten geregelt wird. Dadurch sind grundsätzlich unangemeldete Prüfungen durch die medizinischen Dienste auch in Wohneinheiten in der Übergangszeit sowohl bei Leistungserbringern möglich, die noch nach § 132a Abs. 4 SGB V vertraglich an die außerklinische Intensivpflege gebunden sind, als auch bei Betreibern von Wohneinheiten nach § 132i Abs. 5 Satz 1 SGB V (neu).

Der BKK Dachverband weist darauf hin, dass es bei einer Feststellung von Defiziten bei den Qualitätsprüfungen n. § 275b SGB V derzeit an einer gesetzlichen Grundlage zur Erstellung von entsprechenden Maßnahmenbescheiden durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen – bzw. bei Anlassprüfungen auch durch die Krankenkassen – fehlt. In den Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB XI existiert hingegen mit § 115 Abs. 2 SGB XI eine entsprechende rechtliche Grundlage. Zudem fehlt nach Ansicht des BKK Dachverbandes eine gesetzliche Regelung in Analogie zum § 114 Abs. 4 S. 4 SGB XI, um bei festgestellten Qualitätsdefiziten Wiederholungsprüfungen beauftragen zu können. Daher wird vorgeschlagen entsprechende rechtliche Grundlagen auch im § 275b SGB V zu ergänzen. Im Übrigen ist die Frist zur Erstellung der Richtlinie n. § 275b Abs. 1 S. 3 SGB V, welche nach Satz 5 bis zum 30. September 2017 zu beschließen war, mittlerweile obsolet.

Änderungsvorschlag:

Art. 1 Nr. 15b wird wie folgt ergänzt:

cc) Nach dem Satz 2 wird folgender neuer Satz 3 eingefügt:

„Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung können von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich oder bei einer von einer Krankenkasse beauftragten Anlassprüfung von der zuständigen Krankenkasse, in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen, eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 275b Absatz 3 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.“

dd) Satz 5 wird gestrichen

Nach Buchstabe c) wird folgender Buchstabe d) ergänzt:

d) Nach Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

„Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder die Krankenkasse, in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen, nach Anhörung des Trägers des Pflegedienstes und der beteiligten Trägervereinigung, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger des Pflegedienstes hierüber eine Mahnung und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

Artikel 4 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

zu 1. – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen (§ 5 Abs. 3f KHEntgG)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass auch finanzielle Anreizmechanismen für die Krankenhäuser geschaffen werden sollen, um die Feststellung des Beatmungsstatus oder die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung regelhaft zu etablieren. Abschläge sollten jedoch nicht erst im Rahmen der Budgetverhandlung ermittelt und über das Gesamtbudget umgesetzt werden, sondern bereits für den jeweiligen Einzelfall durch die Krankenkasse vorgenommen werden. Im Rahmen der Abrechnung ist eine Prüfung der Voraussetzungen insbesondere dann leicht zu operationalisieren, wenn die Anforderungen über konkrete Kriterien, wie z.B. eines Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) beschrieben und zu dokumentieren sind. Damit würde der Anreiz sofort wirken und wären für den Einzelfall konkret nachvollziehbar. Überdies werden so die Budgetverhandlungen nicht mit zusätzlichen Verhandlungstatbeständen belastet und etwaige Abschläge fließen zielgerichtet den Krankenkassen zu, die durch Zuwiderhandlung des Krankenhauses durch nicht optimale Versorgung des Versicherten u.U. auch wirtschaftlich stärker belastet werden. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, die fallindividuelle Abschlagshöhe bundeseinheitlich zu bestimmen. Die Prüfkongingente der einzelnen Krankenkasse sollten von etwaigen MDK-Prüfungen in Bereich der Beatmung unbenommen bleiben.

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich dafür aus, eine gesetzliche Klarstellung zu prüfen, die bei einer Behandlung gegen den Willen des Patienten oder auch ohne die Ermittlung erreichbarer Therapieziele einer Beatmung, den jeweilige Vergütungsansatz vollständig ausschließt.

Medizinische Rehabilitation

Artikel 1 – Leistungsrechtliche Grundlagen der medizinischen Rehabilitation

zu Nr. 4a – Mehrkostenregelung (§ 40 Abs. 2 S. 4 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen lehnen eine Halbierung der Mehrkosten bei Wahl einer anderen zertifizierten Rehabilitationseinrichtung ab. Die Änderung unterwandert das Wirtschaftlichkeitsgebot und schränkt das Auswahlmessen der Krankenkassen in unangemessener Weise ein. Sie ignoriert, dass die Krankenkassen bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten heute bereits beachten und sowohl berechtigten Wünschen, als auch angemessenen Wünschen entsprechen. Selbst wenn beide Voraussetzungen nicht erfüllt sind, übernehmen die Krankenkassen in vielen Fällen Mehrkosten, wenn diese ein gewisses Maß nicht überschreiten. Dass mit der Halbierung der Mehrkosten nun ggf. ausgewählte, unwirtschaftliche Rehabilitationskliniken von den Krankenkassen auf Kosten aller Beitragszahler finanziell unterstützt werden sollen ist kritisch zu bewerten. Darüber hinaus wird es den Krankenkassen erschwert, Verträge zur Qualität mit besonders geeigneten Einrichtungen zu vereinbaren, da nur noch unzureichende Planungssicherheit besteht.

zu Nr. 4b) aa) – Leistungen medizinischer Rehabilitation (§ 40 Abs. 3 S. 2 und 3 (neu) SGB V)

Die Intention des Gesetzgebers, die geriatrische Rehabilitation zu stärken wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Sofern hinter der neuen Regelung die Erwartung steht, dass durch sie mehr Versicherte vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit bedarfsgerecht eine geriatrische Rehabilitationsleistung erhalten, so wird auch dies ausdrücklich unterstützt. Gegenwärtig erhalten viele Versicherte in den Monaten vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit zwar eine Rehabilitationsmaßnahme, diese erfolgt jedoch meist als Anschlussrehabilitation aus dem Krankenhaus und mündet in der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit. Die Anschlussrehabilitation ist die häufigste Rehabilitationsform, insbesondere bei den geriatrischen Patienten. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Menschen bei entsprechend früher festgestelltem Rehabilitationsbedarf, z.B. im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, von einer entsprechenden Rehabilitationsleistung profitiert hätten und somit Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. zumindest hinausgeschoben werden können.

Der BKK Dachverband bezweifelt nicht, dass es mit der neuen Regelung mehr geriatrische Rehabilitationsleistungen geben wird. Ein ausschließliches „Mehr“ kann aber nicht im Sinne des

Gesetzgebers sein, wenn lediglich dahintersteht, dass Patientinnen und Patienten eine geriatrische Rehabilitationsleistung erhalten, obwohl sie möglicherweise im Rahmen einer indikations-spezifischen Rehabilitation bedarfsgerechter versorgt würden. Dieses Szenario ist nicht auszuschließen, wenn den Vertragsärzten neben ihrer medizinischen Entscheidung künftig auch eine Wahl treffen zwischen Verordnungen, die nicht von der Krankenkasse genehmigt werden müssen und solchen die einer Genehmigung bedürfen.

Darum und auch mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot ist es unverständlich, dass die Krankenkassen künftig nicht mehr die Möglichkeit haben sollen, die Indikationsstellung des Vertragsarztes zu überprüfen. Aktuell geschieht dies häufig und bewährt unter Einbindung des Medizinischen Dienstes. Über diesen Prozess wird ebenfalls sichergestellt, dass Patienten die für sie medizinisch geeignete Rehabilitationsleistung erhalten. Die Praxis zeigt auch: Aufgrund unzureichender sozialmedizinischer Kenntnisse der Vertragsärzte kommt es häufig zu unvollständigen Situations- und Bedarfserhebungen und daraus resultierend falschen Indikationsstellungen. Dies erschwert die Auswahl einer medizinisch geeigneten Einrichtung durch die Krankenkasse, wenn sich bei der Bewertung der Angaben aus der Verordnung kein schlüssiges Bild ergibt. Erfolgt künftig kein Einbezug der Kassen mehr bei der Entscheidung, wird dies schlussendlich nicht zu der vom Gesetzgeber intendierten Entlastung der Kassen kommen. Im Gegenteil wird der Abstimmungsbedarf zur Ermittlung des tatsächlichen Bedarfes und Finden einer geeigneten Einrichtung erhöht

Sollte der Gesetzgeber an der Änderung festhalten, ist es zwingend erforderlich, dass die „geeigneten Abschätzungsinstrumente“ in der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA verankert werden und sich die Vertragsärzteschaft somit intensiv mit den Grundlagen der medizinischen Rehabilitation in Aus-, Fort- und stetiger Weiterbildung auseinandersetzt. Dazu gehören erweiterte sozialmedizinische Kenntnisse, insbesondere die der ICF – der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

Die beabsichtigte gesetzliche Änderung, dass die Krankenkassen bei einer vertragsärztlichen Verordnung einer medizinischen Rehabilitationsleistung „in allen anderen Fällen“ von der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme abweichen kann, ist überflüssig und wird von den Betriebskrankenkassen somit abgelehnt. Für die Fälle gibt es mit § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sowie der vom GKV-Spitzenverband erlassenen Richtlinie zur Stichprobenprüfung und auch der Regelung in § 275 Abs.1 Nr. 1 SGB V ausreichend gesetzliche sowie untergesetzliche Instrumente zur Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Zahl der Begutachtungsaufträge an den MDK zeigt, dass diese Instrumente von den Krankenkassen regelhaft angewandt werden, um zu medizinisch abgesicherten Entscheidungen zu gelangen.

In der Gesamtschau ist nicht zu erkennen, warum die Entscheidungsbefugnis der Krankenkasse hinsichtlich des medizinischen Erfordernisses für Rehabilitationsleistungen in Satz 1 grundsätzlich erhalten bleibt, für geriatrische Rehabilitationsleistungen aus vertragsärztlicher Versorgung hingegen gestrichen wird und für andere Rehabilitationsbereiche aus der vertragsärztlichen Versorgung komplett auf den Medizinischen Dienst übergeht. Bei allen Anschlussrehabilitationen entscheidet die Krankenkasse nach dieser Logik wieder selbst. So wird nicht zuletzt durch unterschiedliche Bearbeitungsfristen eine Ungleichbehandlung der Patienten erzeugt.

Änderungsvorschlag:

§ 92 Abs. 1 Nr. 8 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie das Verfahren zum Einsatz der Abschätzungsinstrumente nach § 40 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 2, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,“.

zu Nr. 4b) bb) – Dauer geriatrischer Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 3 S. 6 SGB V)

Die Festlegung einer Mindestdauer für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Sie macht gerade für diesen Patientenkreis keinen Sinn, da insbesondere bei geriatrischen Patienten Einzelfallbetrachtungen zur Dauer erforderlich sind. Starre Mindestdauern könnten dazu führen, dass die Patienten die Rehabilitation nicht antreten, weil sie z.B. im Falle einer stationären Rehabilitation ihre Häuslichkeit nicht so lange verlassen wollen. Darüber hinaus wird es den Krankenkassen und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht, den Patienten bedarfsgerechte Kombinationsangebote anzubieten.

zu Nr. 4b) dd) – Wiederholungsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendrehabilitation (§ 40 Abs. 3 S. 8 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Streichung der formalen Vier-Jahresfrist für Wiederholungsmaßnahmen der Kinder- und Jugendrehabilitation. Der Wegfall trägt den besonderen Belangen des Kinder- und Jugendalters Rechnung und lehnt sich an die noch relativ neuen Regelungen der Rentenversicherung im SGB VI an.

zu Nr. 4b) ee) – Neue Berichtspflicht zur geriatrischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 3 S. 9 (neu) SGB V)

Vor dem Hintergrund der neuen Regelung zu Verordnungen geriatrischer Rehabilitationsleistungen durch die Vertragsärzte begrüßen die Betriebskrankenkassen eine Evaluation. Unklar sind jedoch die inhaltlichen Anforderungen an den einmaligen Erfahrungsbericht des GKV-Spitzenverbandes an das BMG, diese sollten konkretisiert werden.

Artikel 1 – Vertragsrechtliche Grundlagen der medizinischen Rehabilitation

zu Nr. 8a) und 11a) – Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§§ 111 Abs. 5 S. 2-4 (neu) und 111c Abs. 3 S. 2-4 (neu) SGB V)

Die Betriebskrankenkassen lehnen eine generelle Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für die Vergütungsverhandlungen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ab. Der Grundsatz sollte mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot unbedingt als orientierende Größe bei Vergütungsverhandlungen beibehalten werden, zumal der Rahmen für eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung künftig in entsprechenden Empfehlungen auf Bundesebene gemeinsam festgelegt werden soll.

Das gesetzgeberische Anerkenntnis, dem Fachpersonal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Zeiten des Fachkräftemangels angemessene Löhne zu zahlen, um keine wettbewerblichen Nachteile erfahren zu müssen, kann nachvollzogen werden. Einer Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bedarf es hierfür allerdings nicht, da mit der bestehenden Ausnahmeregelung in § 71 Abs. 1 SGB V entsprechend höhere Vergütungen vereinbart werden können.

Änderungsvorschlag:

In Abs. 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ~~kann~~ soll dabei nicht pauschal als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen ~~des Rehabilitationsträgers~~ der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

Änderungsvorschlag:

In Abs. 3 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ~~kann~~ soll dabei nicht pauschal als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen ~~des Rehabilitationsträgers~~ der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

zu Nr. 8b), 9 und 11b) – Rahmenempfehlungen (§§ 111 Abs. 7 (neu), 111a Abs. 1 S. 2, 111c Abs. 5 (neu) SGB V)

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass zumindest für den Bereich der ambulanten Rehabilitation bereits Rahmenempfehlungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) von den Rehabilitationsträgern vereinbart wurden, welche in den Versorgungsverträgen der Krankenkassen mit ambulanten und auch stationären Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig als Grundlage herangezogen werden. Für den Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene ebenfalls Rahmenempfehlungen vereinbart. Im Kontext der neuen Regelung ist zunächst unklar, wie mit diesen bereits bestehenden Rahmenempfehlungen sowie der Vereinbarung und den Vorgaben aus dem Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 d SGB V umzugehen ist und wie die neuen Rahmenempfehlungen hinsichtlich ihrer Struktur und Wirkung in diese bestehenden Vorgaben einzuordnen sind. Der Qualitätsorientierung sollte nach Meinung der Betriebskrankenkassen nicht nur in den Rahmenempfehlungen zu den Versorgungsverträgen ein Platz eingeräumt werden. Zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung gehört insbesondere auch die Verankerung von Qualität. Insofern wäre dieser Aspekt in den Rahmenempfehlungen für Vergütungsvereinbarungen zu ergänzen. Folglich wären dann auch bei der Entscheidung der Krankenkasse zur Auswahl der Einrichtung Qualitätsaspekte zu berücksichtigen und dies in § 40 Abs. 3 SGB V explizit zu verankern. Dabei ist zu beachten, dass die Krankenkassen nur auf ihnen zugängliche Informationen aus dem QS-Reha©-Verfahren zugreifen können.

Insgesamt kann es nach Meinung der Betriebskrankenkassen eine Verbindlichkeit der Rahmenempfehlungen nicht geben, vielmehr bilden Rahmenempfehlungen das Gerüst für die weiterhin auf Landesebene abzuschließenden Versorgungsverträge, die sich inhaltlich natürlich an den Empfehlungen zu orientieren haben. Deshalb sollte das „verbindlich“ aus dem Gesetzestext gestrichen werden. Hinsichtlich der neuen Regelung in § 111 Abs. 5 SGB V (Nachweis der tarifvertraglich vereinbarten Vergütung auf Verlangen der Krankenkasse) sollten entsprechende Anforderungen an das Verfahren in den Rahmenempfehlungen definiert werden, dies wäre in § 111 Abs.7 (neu) SGB V entsprechend zu ergänzen.

Änderungsvorschlag:

Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen verbände auf Bundesebene vereinbaren ~~verbindliche~~ Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach Absatz 2 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Absatz 5 zu einer angemessenen, leistungsgerechten und qualitätsorientierten Vergütung einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

zu Nr. 10 b) – Landesschiedsstelle (§ 111b Abs.6 SGB V (neu))

Die Bildung einer Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen als Konfliktlösungsmechanismus sowie die Regelungen zur Besetzung werden begrüßt.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Nationales Beatmungsregister

Um die Wirkung der vorliegenden gesetzlichen Regelungen zu evaluieren und auch um kumulierte Daten für die Versorgungsforschung und für eine Bedarfsanalyse zu generieren, ist aus Sicht des BKK Dachverbandes ein nationales Beatmungsregister notwendig. Derzeit liegen nur wenige systematisierte epidemiologische Daten zu diesem Versorgungsspektrum und den betroffenen Versicherten vor. Auch haben z.B. die Ergebnisse der VELA-Regio Studie² gezeigt, dass in den Ländern langzeitbeatmete Versicherte nur teilweise in den Krankenhausplanungen berücksichtigt werden und deshalb auch die Ausdifferenzierung des Angebots sehr unterschiedlich ist. Zusätzlich finden sich zertifizierte Weaningzentren häufig in Regionen in denen ohnehin ein ausgeprägtes Versorgungsspektrum angeboten wird. Eine konkrete Bedarfsanalyse fehlt in den untersuchten Regionen gänzlich. Daher schlagen die Betriebskrankenkassen die Einrichtung eines Nationalen Beatmungsregisters vor.

In das Register sollten in Anlehnung an das klinische Krebsregister n. § 65c SGB V standardisierte, klinische Daten der Versicherten einfließen. Sie werden entsprechend ausgewertet und unterstützen Leistungserbringer, Länder und Bund dabei die Versorgung bedarfsgerechter und gezielter zu gestalten. Versicherte mit jeglicher Form (invasiv/ nicht invasiv) der Beatmung (unabhängig von der täglichen Dauer der Beatmung) nach einem Krankenhausaufenthalt sowie auch Versicherte mit einer Trachealkanüle ohne Beatmung aufgrund pulmonaler Problemstellungen³ sollten darin abgebildet werden.

² Stark, Susanne; Lehmann, Yvonne; Ewers, Michael: Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten – VELA-Regio Teil 2: Bedarf und Strukturen. http://www.ewers-ecc.de/PDFs_Texte/WP_16-02.pdf (29.08.2019).

³ Versicherte mit einer sog. „Silberkanüle“ aufgrund z.B. einer malignen Neubildung z.B. im Halsbereich sind damit explizit nicht gemeint.

Mobile Rehabilitation

Seit dem Jahr 2007 haben Versicherte gemäß § 40 Abs. 1 SGB V Anspruch auf mobile Rehabilitation. Sie wird als besondere Form der ambulanten Rehabilitation erbracht und richtet sich an Patienten, die mit der herkömmlichen ambulanten oder stationären Rehabilitation nicht erreicht werden.

Die Bilanz nach 12 Jahren ist hinsichtlich der durchgeführten mobilen Rehabilitationsleistungen sowie der vorhandenen mobilen Rehabilitationsstrukturen ernüchternd. So bieten derzeit bundesweit lediglich 15 Einrichtungen mobile Rehabilitation an, die Landkarte weist hier viele „weiße Flecken“ auf. Die jährlichen Fallzahlen liegen nach Auswertungen des Kompetenz-Centrums Geriatrie zwischen 1.000 und 1.700 Patienten, die eine mobile – fast ausschließlich geriatrische – Rehabilitationsleistung erhalten haben. Dabei gehen Untersuchungen⁴ von einem hohen Rehabilitationsbedarf nur für die mobile Reha bei älteren und oftmals schwer beeinträchtigten Menschen aus, insbesondere bei Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen (Kurzzeit und Langzeit). Die geringe Inanspruchnahme hat viele Gründe und sollte nicht auf einen Aspekt heruntergebrochen werden. Unterm Strich bleibt aber die Annahme, dass die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen offensichtlich nicht ausreichen, ein bedarfsgerechtes Angebot an mobilen Rehabilitationsangeboten aufzubauen.

Aus diesem Grund sollten neben der Prüfung der Anspruchsgrundlage auf mobile Rehabilitation in § 40 Abs. 1 SGB V die vertragsrechtlichen Bedingungen für mobile Rehabilitationseinrichtungen in den §§ 111 ff. SGB V konkretisiert werden.

⁴ Janßen, Heinz: Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3271>