



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG VON REHABILITATION UND INTENSIVPFLEGERISCHER VERSORGUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (REHA- UND INTENSIVPFLEGE-STÄRKUNGSGESETZ – RISG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 14. AUGUST 2019

5. SEPTEMBER 2019

INHALT

VORBEMERKUNG	3
---------------------	----------

ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH	4
----------------------------------------------------------------	----------

Nummer 2: § 37c Absatz 1 Satz 2 SGB V - Außerklinische Intensivpflege/ besonders qualifizierte Vertragsärzte	4
Nummer 2: § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V - Regelungsumfang der G-BA-Richtlinie	5
Nummer 2: § 37c Absätze 2 – 4 SGB V - Vorrang der vollstationären Pflegeeinrichtung	6
Nummer 3: § 39 Absatz 1a SGB V - Entlassmanagement bei Beatmungspatienten	7
Nummer 4: § 40 SGB V - Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation	7
§ 87 Absatz 1d (neu): Ergänzender Regelungsvorschlag zu einer ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung	8
Nummer 8 – 11: §§ 111 – 111c SGB V – Schaffung einheitlicher Versorgungs- und Vergütungsverträge für Leistungen der medizinischen Rehabilitation	9
Nummer 12: § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a SGB V – Qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus vor Entlassung aus der Klinik	9
Nummer 14: § 132i SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege	10

Anlage 1: Mustervertrag für ein Versorgungskonzept zur Behandlung von Beatmungspatienten

Anlage 2: Entwurf für eine Vereinbarung zur spezifischen geriatrischen Versorgung

VORBEMERKUNG

Die Regelungen des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG) sollen dazu dienen, die Versorgung von Patienten mit Bedarf an Intensivpflege und medizinischer Rehabilitation zu verbessern.

Im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit außerklinischer Intensivpflege stellt der vorgelegte Gesetzesentwurf eine maßgebliche Innovation der Versorgungsstrukturen dar. Im Hinblick auf die Intensivpflege ist der Gesetzesentwurf überfällig. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Jahre 2018 darauf hingewiesen, dass die Versorgung von Patienten mit Intensivpflege in vielfacher Hinsicht unzureichend ist. Die hier angesprochenen Aspekte der Verordnung wie auch der Strukturierung des Leistungsangebotes gehen in die vorgeschlagene Richtung. Regelungen zur Besserstellung stationärer Pflegeeinrichtungen sowie zur verbesserten Überleitung aus dem Krankenhaus in Intensivpflegeeinheiten sind gleichermaßen zu begrüßen.

Im Bereich der Rehabilitation soll der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erleichtert werden. Gleichzeitig werden auf Bundesebene verbindliche Vorgaben für Versorgungsverträge vereinbart und die Vergütungssituation verbessert. Durch die Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts für geriatrische Rehabilitation und die Einschränkung der Ablehnungsmöglichkeiten für die Krankenkassen wird die Verbindlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung medizinischer Rehabilitation deutlich gestärkt.

Abweichend vom Referentenentwurf schlägt die KBV vor, dass die Regelungen zur fachärztlichen Bewertung des Weaningpotenzials Gegenstand der gesetzlichen Regelung zum Entlassmanagement nach § 39a SGB V werden. Gleichermäßen sollten die Anforderungen zur Versorgung der außerklinischen Intensivpflege, soweit und solange sie die vertragsärztliche Versorgung betreffen, im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verabschiedet werden. In Anbetracht des demographischen Wandels und des damit verbundenen Versorgungsbedarfs wird darüber hinaus angeregt, eine besonders qualifizierte und koordinierte geriatrische Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung zu etablieren.

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

NUMMER 2: § 37C ABSATZ 1 SATZ 2 SGB V - AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE/ BESONDERS QUALIFIZIERTE VERTRAGSÄRZTE

Die Verordnung der Intensivpflege soll durch einen besonders qualifizierten Vertragsarzt erfolgen, der im Falle der kontinuierlichen Beatmung oder Trachetomierung ausweislich der Gesetzesbegründung vorzugsweise ein Facharzt für Pneumologie oder für Kinderpneumologie sein soll.

Bewertung

Aufgrund der Komplexität der Versorgungsaufgabe bei Patienten, die außerklinischer Intensivpflege bedürfen, wird die Schaffung eines eigenen Anspruches auf außerklinische Intensivpflege in Form des neuen § 37c SGB V außerordentlich begrüßt.

Beatmungspflichtige Patienten bilden sicherlich die größte Gruppe der Patienten mit außerklinischem Intensivpflegebedarf in dieser sehr heterogenen Patientengruppe.

Die hier betroffene Gruppe von Patienten besteht aus schwerstkranken Menschen jeden Lebensalters. Diese haben zum Teil dank intensivmedizinischer Interventionen akute, zuweilen lebensbedrohliche Erkrankungsphasen überlebt oder befinden sich in voranschreitenden oder späten Phasen schwerer chronischer Erkrankungen wie der Herzinsuffizienz oder der COPD. Abhängig von der Grunderkrankung, der Art und Zahl der Begleiterkrankungen sowie des jeweiligen Gesundheitszustands sind diese Patienten zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen sowie zur Unterstützung der Behandlung zeitweise oder dauerhaft abhängig von implantierten, penetrierenden (z. B. Trachealkanüle, Port) und/oder mit dem Körper verbundenen externen technischen Systemen (z. B. Beatmungsgerät, Zwerchfellstimulator, Infusions-/Spritzenpumpen, Ernährungspumpe, Dialysator, Kunstherz/VAD). Darüber hinaus besteht umfänglicher und individueller Bedarf an pflegerischer Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie nicht zuletzt psychologische Unterstützung der individuellen Bewältigungsarbeit, sowohl für den Patienten selbst, als auch für die Angehörigen. An der vorhergehenden Beschreibung lässt sich erkennen, dass es sich bei intensivpflegerisch betreuten Patienten nicht nur um Menschen mit einer Notwendigkeit der Beatmung handelt, sondern ein weites Spektrum an Erkrankungen und Problemstellungen beachtet werden muss. Insofern wird davon ausgegangen, dass die Regelung auch die Verordnung von Intensivpflege für solche Patienten umfasst, die dann durch Ärzte anderer Fachrichtungen betreut werden. Gerade im Hinblick auf die Multimorbidität der Patienten ist zudem essenziell, dass auch der hausärztlichen Versorgung eine Koordinationsrolle zukommen kann. Entsprechende Erfahrungen bzw. Qualifikationen sind Voraussetzung für eine solche Verordnung.

Der Regelungsvorschlag wird zudem begrüßt, sofern beabsichtigt ist, dass mit der Erst- und Folgeverordnung eine Prüfung des Weaningpotenzials sowie der Angemessenheit bzw. Notwendigkeit einer Beatmung vorgenommen wird. Gleiches gilt auch für das Erfordernis einer Trachealkanüle.

Die Entwicklung der Richtlinie im G-BA setzt ein aufwendiges Beratungsverfahren voraus. Hilfsweise wird vorgeschlagen, die Regelungen durch die Partner des Bundesmantelvertrages mit entsprechenden Stellungnahmerechten der Pflegeanbieter erarbeiten zu lassen. Entsprechende Vorarbeiten hat die KBV im Jahre 2018 veröffentlicht.

Da die Verordnung der Intensivpflege nicht nur für Beatmungspatienten erforderlich ist, kann der Kreis der besonders qualifizierten Vertragsärzte nicht auf Fachärzte für Lungenheilkunde beschränkt werden. Vielmehr ist es zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich, dass auch andere Fachgruppen wie beispielsweise Neurologen und weitere Vertragsärzte mit besonderen Qualifikationen wie zum Beispiel der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ oder mit besonderer Erfahrung in der Versorgung von Patienten mit Intensivpflegebedarf diese Leistung verordnen können. Dies betrifft beispielsweise auch Hausärzte, die sich in den letzten Jahren besonders in der Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen oder Beatmungs-WGs engagiert haben und dazu beigetragen haben, erste ärztliche Strukturen in diesem Versorgungsbereich aufzubauen. Da viele Patienten mit Intensivpflegebedarf ein komplexes, multimorbides

Krankheitsgeschehen aufweisen, sind Hausärzte mit entsprechender Erfahrung wichtige Partner in der Versorgung, um die Behandlung zu koordinieren. Die Beurteilung des Weaningpotenzials nach Satz 3 ist aufgrund der Weiterbildungsordnung selbstverständlich durch einen Facharzt für Lungenheilkunde vorzunehmen.

Änderungsvorschlag

- › In der Gesetzesbegründung wird die Fachgruppe der Vertragsärzte mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin explizit als besonders qualifizierte Vertragsärzte aufgeführt. Darüber hinaus wird ein Hinweis aufgenommen, wonach auch Ärzte anderer Facharztgruppen als besonders qualifizierte Vertragsärzte gelten, die ausgewiesene Erfahrungen in der Betreuung von Patienten **mit** Intensivpflegebedarf haben.

NUMMER 2: § 37C ABSATZ 1 SATZ 4 SGB V - REGELUNGSUMFANG DER G-BA-RICHTLINIE

Nach § 37c Absatz. 1 Satz 4 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie nach § 92 SGB V bis zum 30.06.2020 den Inhalt und den Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials vorzunehmen.

Bewertung

In der Begründung wird erläutert, dass Inhalt und Umfang der Kooperation der an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer zu beschreiben ist. Die KBV begrüßt diese Regelung, da sie es erlaubt, erstmals den besonderen ärztlichen Versorgungsbedarf für diese Patientengruppe abzubilden. Aufgrund der Komplexität dieser Versorgungsaufgaben bedarf es künftig regionaler Netzwerkstrukturen bestehend aus Haus- und Fachärzten, die geeignet sind, eine leitliniengerechte, qualitätsgesicherte und intensive ärztliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Aus diesem Grund hat die Vertragswerkstatt der KBV bereits im Jahr 2018 in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Pneumologen einen Mustervertrag für ein Versorgungskonzept zur Behandlung von Beatmungspatienten auf der Grundlage von § 140a SGB V entwickelt (siehe Anlage 1).

Ziel des Konzeptes ist es u. a., durch die qualifizierte Überprüfung des Weaningpotenzials, die Optimierung der Überweisungsabläufe und die Förderung der indikationsgerechten Einweisung in qualifizierte spezialisierte Einrichtungen die Versorgung von Beatmungspatienten und damit die Lebensqualität dieser schwerstkranken Patienten zu verbessern. Die Versorgungsinhalte umfassen insbesondere:

- › Koordination der medizinischen Behandlung von Beatmungspatienten sowie der diese betreffenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
- › leitliniengerechte Versorgung der Patienten unter Einbeziehung der kooperierenden (Fach-)Klinik,
- › bei Bedarf Aufnahme der behandelnden Tätigkeit innerhalb von fünf Werktagen,
- › Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung der Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen des Netzwerks, insbesondere auch mit dem Hausarzt,
- › Behandlung von immobilen Beatmungspatienten in der Häuslichkeit,
- › Beratung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen in der beatmungsmedizinischen Versorgung.

Abhängig davon, welche Patientengruppen versorgt werden sollen, sind nach diesem Versorgungsvorschlag von den Vertragsärzten entsprechende beatmungsmedizinische Qualifikationen und Erfahrungen vorzuweisen. Zudem müssen im Rahmen eines regionalen Netzwerks Kooperationsvereinbarungen mit spezifischen

Fachärzten, Hausärzten, stationären Einrichtungen, Pflegediensten sowie Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten geschlossen werden. Die Beschäftigung von pneumologisch qualifiziertem Assistenzpersonal sowie eine grundlegende technische Ausstattung sind ebenfalls erforderlich.

Diese Versorgungsinhalte sollten in der Richtlinie präzise beschrieben werden, um die hier neu entstehenden Strukturen von Anfang an vollständig zu beschreiben. Es handelt sich hier um neue ärztliche Leistungen, die bisher nicht im EBM abgebildet sind, so dass die Überprüfung im Bewertungsausschuss erforderlich ist.

Zur Klarstellung des Umfangs des Auftrages an den G-BA wird daher eine Ergänzung vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag

§ 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

- (1) *Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten Vertragsarzt. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. Juni 2020 den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der **medizinischen und pflegerischen** Versorgung beteiligten Leistungserbringer **insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und -koordination** sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials.*

NUMMER 2: § 37C ABSATZ 2 – 4 SGB V - VORRANG DER VOLLSTATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNG

Die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll gefördert bzw. bestehende Benachteiligungen beseitigt werden.

Bewertung

Aufgrund der Rahmenbedingungen ist in den letzten Jahren eine Verlagerung der Versorgung aus Kliniken in ambulante Wohngemeinschaften zu verzeichnen, was nicht zuletzt auch durch unterschiedliche Zuzahlungsanforderungen und auch Regulierungsdichten begründet war. Hierzu gehört insbesondere auch die Frage, ob Einrichtungen unter das Heimgesetz fallen oder als Häuslichkeit des Patienten verstanden werden. Insofern ist der im § 37c Absätze 2 – 4 verfolgte Ansatz richtig, Benachteiligung von vollstationären und stationären Pflegeeinrichtungen zu beseitigen, indem Zuzahlungen und pflegebedingte Aufwendungen für Versicherte angeglichen werden. Die Vereinbarung nach § 132i SGB V setzt zudem bundesweit einheitliche Standards für solche Einrichtungen. Gleichwohl ist festzustellen, dass auch in Wohngemeinschaften bzw. der Häuslichkeit qualitativ hochwertige Intensivpflege erbracht werden kann, sofern die Rahmenbedingungen stimmen. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die Vorgaben des G-BA auch diesen Bereich umfassen.

Auch sollte im Interesse der Selbstbestimmung des Patienten berücksichtigt werden, dass es Fälle gibt, in denen Patienten gut zu Hause intensivpflegerisch versorgt werden können. Deshalb sollten bei der Zumutbarkeitsprüfung differenzierende Kriterien festgelegt werden und die individuellen Umstände des Einzelfalls eingehend Berücksichtigung finden, sodass „Zwangshospitalisierungen“ vermieden werden.

NUMMER 3: § 39 ABSATZ 1A SGB V - ENTLASSMANAGEMENT BEI BEATMUNGSPATIENTEN

Das Entlassmanagement soll auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus regeln.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt, um insbesondere Weaning-Zentren entsprechend in die Versorgungskette einbinden zu können. In dem Zusammenhang wird angeregt, dass die Vertragspartner nach § 39 Absatz 1a Satz 10 SGB V über die Regelung bezüglich der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung in einem anderen Krankenhaus hinaus spezifische Vorgaben zum Entlassmanagement bei Beatmungspatienten als Teil des Rahmenvertrages beschließen sollen. Nur so kann sichergestellt werden, dass passgenaue Vorgaben für diese hoch belastete Patientengruppe spezifiziert und Teil des Entlassmanagement werden.

Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1a Sätze 7 (neu) und 8 SGB V werden wie folgt formuliert:

*„Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. **Weitere Einzelheiten und Voraussetzungen hierfür sowie spezifische Vorgaben zum Entlassmanagement bei Beatmungspatienten regeln die Partner des Rahmenvertrags.**“*

NUMMER 4: § 40 SGB V - ERLEICHTERUNG DES ZUGANGS ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation soll nicht mehr von der Krankenkasse überprüft werden. Für die Überprüfung der Indikation sollen geeignete Abschätzungsinstrumente von den Vertragsärzten genutzt werden. Bei Indikationen außerhalb der geriatrischen Rehabilitation kann von der Krankenkasse nur noch aufgrund gutachterlicher Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen von der vertragsärztlichen Verordnung abgewichen werden.

Bewertung

Es wird begrüßt, dass Verordnungen medizinischer Rehabilitation in allen anderen Fällen als einer geriatrischen Rehabilitation nur noch aus medizinischen Erwägungen abgelehnt werden können und dafür ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vorliegen muss. Dies beugt einem möglichen Risiko vor, dass der vertragsärztlich festgestellte Bedarf an medizinischer Rehabilitation je nach Kassenlage oder aufgrund formaler Gründe von der jeweiligen Krankenkasse abgelehnt wird.

Die Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts für Verordnungen von medizinischer Rehabilitation aufgrund geriatrischer Indikationen wird im Zusammenhang mit der Regelung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in Bezug auf § 106b Absatz 4 Nr. 3 SGB V ebenfalls begrüßt. Demnach unterliegen Verordnungen von Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Nur so ist sichergestellt, dass die Kosten für verordnete geriatrische Rehabilitation nicht nachträglich von den Krankenkassen beanstandet werden und das Regressrisiko auf die Vertragsärzte übergeht. Damit kann auch die Intention des Gesetzgebers nicht konterkariert werden, da drohende Regresse zu einer restriktiven Ordnungsweise führen würden.

Um den rehabilitativen Behandlungsbedarf adäquat einschätzen zu können, sind bereits heute einige Fachgruppen berechtigt, geriatrische Assessments durchzuführen und nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen. Allerdings unterliegt die Abrechnungsgenehmigung vielfältigen Einschränkungen und bezieht sich längst nicht auf alle Fachgruppen.

Mit der Überarbeitung der Rehabilitations-Richtlinie hat sich der G-BA im Jahr 2015 bewusst dafür entschieden, bei der Verordnung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen keine weitergehenden spezifischen Qualifikationsmaßnahmen vorauszusetzen, so dass jeder Arzt Leistungen der medizinischen Rehabilitation

verordnen kann. Damit sollten vorrangig diejenigen Ärzte befähigt werden, Rehaleistungen zu verordnen, die sowohl den Krankheitsverlauf als auch die individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren ihrer Patienten am besten beurteilen können. Darüber hinaus werden Fortbildungsangebote für die verordnenden Vertragsärzte von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

In diesem Zusammenhang käme es einer Verordnungseinschränkung gleich, wenn nun die Verordnungsfähigkeit der geriatrischen Rehabilitation mittelbar nur den Vertragsärzten möglich ist, die auch ein entsprechendes Assessment nach EBM abrechnen dürfen.

Um die durch die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA für alle Vertragsärzte geschaffene Möglichkeit, medizinische Reha-Maßnahmen zu verordnen, aufrecht zu erhalten, ist es erforderlich, unabhängig von den bestehenden Regelungen im EBM ein geriatrisches Assessment zu implementieren, das im Zusammenhang mit der Verordnung von medizinischer Rehabilitation von allen Fachgruppen durchgeführt und abgerechnet werden kann.

§ 87 ABSATZ 1D (NEU): ERGÄNZENDER REGULINGSVORSCHLAG ZU EINER AMBULANTEN GERIATRISCHEN KOMPLEXBEHANDLUNG

In Anbetracht der demographischen Entwicklung und des kaum zu bewältigenden Versorgungsbedarfs gerade bei der Erhaltung alltäglicher Funktionen des täglichen Lebens für ältere Patienten überrascht, dass dezidierte Leistungen derzeit nicht Bestandteil des vertragsärztlichen Versorgungsangebotes sind. Die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ ist aber besonders in der Versorgung von geriatrischen Patienten wichtig, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern, hinauszuzögern oder eine Verschlechterung des Zustands zu vermeiden.

Aus diesem Grund haben Vertragsärzte niederschwellige Versorgungsangebote in Form der geriatrischen Komplexbehandlung geschaffen, um diese Patientengruppe zu erreichen. Die geriatrische Komplexbehandlung wird bereits in einigen Zentren wie zum Beispiel in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern in einem multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung angeboten, um Patienten wohnortnah ein rehabilitatives zeitlich begrenztes Angebot machen zu können. Die KBV hat im Jahre 2016 ein differenziertes Versorgungsangebot zur geriatrischen Versorgung (siehe Anlage 2) vorgestellt. Grundlegend erfolgt die Umsetzung dieser spezifischen geriatrischen Versorgung durch den teamintegrierten Ansatz mit der geriatrisch-qualifizierten medizinischen Fachangestellten und durch Kooperationen mit insbesondere den folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Besondere fachliche Anforderungen und Strukturanforderungen werden vorausgesetzt. Die Versorgung bietet eine niederschwellige und eng mit dem behandelnden Hausarzt verzahnte Möglichkeit, die Mobilität und Selbstständigkeit des älteren multimorbiden Patienten so lange wie möglich zu erhalten, um ein Leben in gewohnter (häuslicher) Umgebung zu ermöglichen

Ein solches Angebot erscheint dringlicher denn je, um den erwarteten Versorgungsbedarf der geburtenstarken Jahrgänge bewältigen zu können. Es wird deshalb vorgeschlagen, § 87 SGB V um einen neuen Absatz 1d zu ergänzen:

Änderungsvorschlag

In § 87 SGB V wird folgender Absatz 1d eingefügt:

„(1d) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum 30.06.2020 die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte geriatrische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

- 1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten geriatrischen Versorgung,*
- 2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer,*
- 3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der geriatrischen Versorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen,*
- 4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.*

Der Bundesärztekammer sowie den für Interessenvertretung maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf der Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum xx.xx.20xx und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten geriatrischen Leistungen auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität sowie Entwicklung der geriatrischen Versorgungsstrukturen zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“

NUMMER 8 – 11: §§ 111 – 111C SGB V – SCHAFFUNG EINHEITLICHER VERSORGUNGS- UND VERGÜTUNGS-VERTRÄGE FÜR LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Für die Versorgungs- und Vergütungsverträge sollen einheitliche Grundsätze und Empfehlungen geschaffen werden. Die Vergütung der medizinischen Rehabilitation soll an das gegenwärtige Tarifgefüge angepasst werden und unterliegt nicht der Begrenzung der Grundlohnsummenentwicklung. Durch Schaffung einer Schiedsstelle sollen vertragslose Zustände unterbunden werden.

Bewertung

Die Regelungen werden begrüßt und stellen einen wesentlichen Baustein in der Förderung der Rehabilitation dar. Es ist unverantwortlich, wenn die Umsetzung tarifvertraglicher Löhne zur Belastung der jeweiligen Rehaeinrichtung dergestalt führen, dass sowohl die personelle Ausstattung als auch die Qualität der Versorgung leiden.

NUMMER 12: § 112 ABSATZ 2 SATZ 1 NR. 1 BUCHSTABE A SGB V – QUALIFIZIERTE FACHÄRZTLICHE FESTSTELLUNG DES BEATMUNGSSTATUS VOR ENTLASSUNG AUS DER KLINIK

In den Verträgen der Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen und der Landkrankenhausesellschaft bzw. der Vereinigungen der Krankenhausträger sind Regelungen zur qualifizierten Feststellung des Beatmungsstatus vor Entlassung und Verlegung vorzusehen.

Bewertung

Der Grundsatz, dass kein Patient bzw. keine Patientin ohne fachärztliche Begutachtung des Beatmungsstatus aus der Klinik entlassen wird, ist uneingeschränkt zu unterstützen. Hier können, sofern erforderlich, auch vertragsärztlich tätige Fachärzte konsiliarisch hinzugezogen werden. Um den Rahmen hierfür konkretisieren zu können, sollte hier ein Verweis auf § 39 Absatz 1a SGB V erfolgen. Ziel sollte sein, dass die Vertragspartner der Rahmenvereinbarung zum Entlassmanagement auch mit der Entwicklung von Grundsätzen für die Überleitung von Beatmungspatienten beauftragt werden.

Änderungsvorschlag

Die Gesetzesbegründung zu § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a wird wie folgt ergänzt:

*„Die Regelung verpflichtet die Vertragsparteien auf Landesebene, in den Verträgen über Krankenhausbehandlung auch zu vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten deren Beatmungsstatus durch einen hierfür qualifizierten Facharzt festgestellt wird. Verfügt ein Krankenhaus nicht über solche Fachärzte, hat es entsprechende externe Fachkompetenz hinzuzuziehen. **Hierzu können auch vertragsärztlich tätige Fachärzte konsiliarisch hinzugezogen werden.** Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vorschnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden, sondern noch vorhandene Entwöhnungspotenziale durch Verlegung in spezialisierte Entwöhnungszentren ausgeschöpft werden. **Weitere Einzelheiten sind im Rahmenvertrag zum Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a Satz 10 SGB V zu regeln.**“*

NUMMER 14: § 132i SGB V – VERSORGUNG MIT AUßERKLINISCHER INTENSIVPFLEGE

Der GKV-Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen und der Spitzenorganisationen zur Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten sollen eine Rahmenempfehlung zur außerklinischen Intensivpflege vereinbaren

Bewertung

Die Strukturierung der außerklinischen Intensivpflege, wie sie im § 132i SGB V angelegt wird, ist ein längst überfälliger Schritt und die darin vorgesehenen Einzelschritte sind zu begrüßen. Insbesondere im Hinblick auch auf die Versorgung in Wohngemeinschaften und in der Häuslichkeit hat sich in den letzten Jahren eine Regelungslücke ergeben, die, so wird es zumindest durch Vertragsärzte berichtet, zu erheblichen qualitativen Unterschieden in der Versorgung von Intensivpflegepatienten geführt hat. Sowohl fehlende Qualitätsvorgaben als auch unausgeschöpfte Weaningpotenziale führen dazu, dass eine sehr aufwändige und ressourcenintensive, aber mitunter ineffiziente Versorgung vorgehalten wird. Wesentlicher Bestandteil dieser Versorgung in der Häuslichkeit bzw. in Wohngemeinschaften oder vollstationären Pflegeeinrichtungen ist aus Sicht der KBV der regelmäßige, qualifizierte, fachärztliche Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, wie er sich künftig maßgeblich auch durch die Ausstellung von Verordnungen nach § 37c SGB V (neu) ergibt. Da in den zwischen GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste und -einrichtungen zu schließenden Rahmenempfehlungen insbesondere zu den Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt nach § 132i Absatz 2 Nr. 2 SGB V originäre Interessen von Vertragsärzten berührt sind, ist nach Auffassung der KBV nicht nur ein Stellungnahmerecht, sondern ein Einvernehmen mit der Vertretung der Vertragsärzte herzustellen.

Änderungsvorschlag

§ 132i Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

*„(1) 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 haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abzugeben. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. **Davon abweichend ist zu den Regelungen nach Absatz 2 Nr. 2 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.** Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.“*

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.