

Berlin, 14.01.2008

**Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)**

Stand 07. Dezember 2007

I. Einleitung

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) mit Sitz in Berlin vertritt auf bundespolitischer Ebene die Interessen von mehr als 1.000 in 13 Landesverbänden organisierten Kliniken der Akut-, Vorsorge- und Rehabilitationsmedizin sowie Pflegeeinrichtungen.

Wir begrüßen ausdrücklich die Aktivitäten der Bundesregierung zur Stärkung der Rehabilitation und des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ im GKV-WSG und in der aktuellen Gesetzgebung zur Reform der Pflegeversicherung. Insbesondere die geplanten Änderungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, des Antrages auf Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 18 und 31 SGB XI) und die Abschaffung des GKV-Budgets für Rehabilitationsleistungen sind hilfreiche und unverzichtbare Schritte zur Vermeidung von unnötiger Pflegebedürftigkeit.

Um die mit dem Referentenentwurf verfolgten Ziele zu erreichen, sind jedoch nach Auffassung des BDPK nachstehende Änderungen und Ergänzungen notwendig.

II. Einzelne Regelungen

Zu Artikel 1 Ziffer 14 a): § 31 Absatz 3 SGB XI

Regierungsentwurf:

„Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Zustimmung den behandelnden Arzt und leitet mit Zustimmung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte zugestimmt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob

entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.“

Kommentar:

Der BDPK begrüßt diese Änderungen. Aus Gründen der Transparenz sollte der Zugang zur Rehabilitation über die Mitteilung der Pflegekassen in die nach § 40 Absatz 2 Satz 3 SGB V von den Krankenkassen zu führende Statistik aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag:

In § 40 Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „durch“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„dabei werden Anträge nach § 31 Absatz 3 SGB XI gesondert erfasst.“

Zu Artikel 1 Ziffer 23 a): § 43 Absatz 2 SGB XI

Regierungsentwurf:

„(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1 023 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1 279 Euro
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 1470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010
 - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012

Kommentar:

Die Anpassung der Pflegestufe III wird begrüßt. Die fehlende Anpassung der Pflegestufen I und II in stationären Einrichtungen ist nicht akzeptabel. Menschen, die sich aufgrund ihrer sozial isolierten Situation für die Pflege in einer stationären Einrichtung entscheiden müssen, dürfen finanziell nicht schlechter gestellt sein als diejenigen, die mit Hilfe ihres sozialen Umfeldes ambulante Pflege in Anspruch nehmen können. Die Abkoppelung der Bewertung der Pflegestufen I und II von den allgemeinen Steigerungsraten der Heimentgelte auf der Basis von Personal- und Sachkosten führt unweigerlich zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Bewohner in stationären Einrichtungen.

Änderungsvorschlag:

a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
 - a) 1 060 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 080 Euro ab 1. Januar 2010
 - c) 1 090 Euro ab 1. Januar 2012

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II

- a) 1 340 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1 400 Euro ab 1. Januar 2010
- c) 1 460 Euro ab 1. Januar 2012

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III

- a) 1470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010
- c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012

Zu Artikel 1 Ziffer 28 a) cc): § 45b Absatz 1 Satz 5 SGB XI

Regierungsentwurf:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

cc) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- und Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt,
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind, oder
5. der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden.“

Anmerkung

Die Berücksichtigung von Einschränkungen der Alltagskompetenz bei Demenzerkrankten, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen ist zu begrüßen. Zu kritisieren ist, dass es zu keiner strukturellen Berücksichtigung dieser Einschränkungen von Alltagskompetenz gekommen ist. Eine pauschale Bewertung von bis zu 200 € / Monat entspricht nicht den täglichen Mehraufwendungen, die zur Kompensation der täglichen Defizite der Alltagskompetenz notwendig sind. Des Weiteren sind die Bedürfnisse dieser Zielgruppen in allen gewählten Lebensbereichen gleich zu stellen, so dass auch die Inanspruchnahme stationärer Leistungen Berücksichtigung finden muss .

Änderungsvorschlag:

§ 45b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

cc) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- und Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der stationären Pflege,
4. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt,
5. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind, oder
6. der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden.“

Zu Artikel 1 Ziffer 42 b) aa): § 75 Abs. 2 Nummer 3 SGB XI

Regierungsentwurf

„3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,“.

Kommentar:

Die Vorgabe, die Regelung der sächlichen Ausstattung von Pflegeeinrichtungen auf Landesebene grundsätzlich zu regeln, widerspricht dem Anspruch, dass jeder Pflegebedürftige zur Unterstützung seiner körperlichen Defizite individuelle Hilfsmittel benötigt, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung definiert werden.

Änderungsvorschlag:

§ 75 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert

aa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle ~~und~~ ~~sächliche~~ Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,“.

Zu Artikel 1 Ziffer 49: § 82b SGB XI

Regierungsentwurf:

Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere

1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
3. für den Ersatz des angemessenen Aufwandes

der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig. Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden.

Kommentar:

Die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Somit ist es um so unverständlicher, dass gerade diejenigen, die bereits einen nachweisbaren Hilfebedarf für ihre Teilhabe an der Gesellschaft haben und hierfür professionelle Leistungen in Anspruch nehmen müssen, auch noch über die Heimentgelte für diese grundsätzlich freiwillige Leistung zusätzlich bezahlen sollen. Für die sinnvolle Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements eignet sich der Pflegefond gemäß § 45c auf der Anspruchsgrundlage von § 45 d „Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe“.

Änderungsvorschlag:

„ §82b Ehrenamtliche Unterstützung

Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere

1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
3. für den Ersatz des angemessenen Aufwandes

der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, ~~sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen~~

~~(§89) berücksichtigungsfähig. Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden. finden diese Berücksichtigung in der Zuteilung durch den Ausgleichsfond nach § 45c.~~

Zu Artikel 1 Ziffer 53 c: § 87a Absatz 4 SGB XI

Regierungsentwurf

Pflegeeinrichtungen, die vollstationäre Pflege erbringen, sollen von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1.536 € erhalten, „wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblich zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde“.

Anmerkung

Begründet wird diese Regelung damit, dass Pflegeeinrichtungen einen finanziellen Anreiz erhalten sollen, um ihre Anstrengungen in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der „Rehabilitation (§ 5 Abs. 2)“ zu steigern. Der finanzielle Anreiz soll ausdrücklich nur für „rehabilitative Maßnahmen durch die Pflegekräfte der Einrichtung“ gelten, nicht jedoch, wenn die Rückstufung auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (außerhalb der Pflegeeinrichtung) zurückzuführen ist.

Grundsätzlich begrüßt der BDPK diese Änderung. Missverständlich ist in der vorgesehenen Regelung jedoch der Begriff „rehabitativer Maßnahme“. Eine solche Maßnahme kann nach Ansicht des BDPK nicht durch Pflegekräfte der Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Die Pflegekräfte können aber sehr wohl fördernde Maßnahmen durchführen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird das Wort „rehabitativer“ durch das Wort „fördernder“ ersetzt.

**Zu Artikel 1 Ziffer 57: neuer § 92c Absatz 2 SGB XI
in Verbindung mit Ziffer 3: neuer § 7a SGB XI**

Regierungsentwurf:

Die Pflege- und Krankenkassen haben dafür zu sorgen, dass in jedem Land ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten entsteht. Dabei soll in der Regel für 20.000 Einwohner ein Pflegestützpunkt errichtet werden, wenn entsprechend den örtlichen Gegebenheiten keine andere Einwohnerzahl angemessen ist. In enger Kooperation mit den Ländern sind vorhandene Strukturen unter Berücksichtigung der Besonderheiten im jeweiligen Land so weit wie möglich zu erhalten und zu nutzen (...).

Anmerkung:

Im Hinblick auf eine optimale Information und Versorgung der begrüßt der BDPK insbesondere die Möglichkeit der Nutzung vorhandener Strukturen. Er weist darauf hin, dass die insbesondere die Servicestellen nach § 23 SGB IX in die Konzepte einzubinden sind.

Darüber hinaus sollten die Pflegeberater in den Pflegestützpunkten über möglichst weitgehende Entscheidungskompetenzen verfügen, um den Versicherten neben der Beratung auch einen optimalen Zugang zu den notwendigen Sozialleistungen zu verschaffen.

Ein verbesserter Zugang zur medizinischen Rehabilitation setzt voraus, dass mit den Pflegestützpunkten nicht teure Doppelstrukturen geschaffen, sondern eine Versichertenberatung aus einer Hand geschaffen wird.

Zu Artikel 1 Ziffer 72: § 114 SGB XI

Regierungsentwurf

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Zeitraum bis zur nächsten Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von ihnen bestellte Sachverständige angemessen zu verlängern oder den Prüfumfang in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen aufgrund einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Das Gleiche gilt, wenn die Erkenntnisse der Landesverbände der Pflegekassen auf einer Prüfung beruhen, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass die Prüfung nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als drei Jahre zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden.

Kommentar:

Die angestrebte Optimierung beider Prüfverfahren, des Medizinischen Dienstes und der Heimaufsicht ist zu begrüßen. Damit die Effizienz im verbesserten Prüfverfahren nicht einseitig durch die erfolgte Prüfung des MDK ausgelöst wird, ist die Regelmäßigkeit beider Prüfverfahren im Sinne von gegenseitigem Ausschluss noch stärker hervorzuheben. Die Koordination der Regelprüfung dient durch die vorausschauende Planung dem Bürokratieabbau und erhöht die Wirksamkeit der Qualitätsprüfungen insgesamt.

Änderungsvorschlag:

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen stimmen die Prüfintervalle der Regelprüfung mit der zuständigen Heimaufsichtsbehörde ab, sie haben den Zeitraum bis zur nächsten Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von ihnen bestellte Sachverständige angemessen zu verlängern oder den Prüfumfang in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen aufgrund einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung koordiniert mit der zuständigen Heimaufsichtsbehörde die Termine für die Regelprüfungen doppelte Prüfungen beider Instanzen in einer Einrichtung und einem Intervall sollen vermieden werden. Das Gleiche gilt, wenn die Erkenntnisse der Landesverbände der Pflegekassen auf einer Prüfung beruhen, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass die Prüfung nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den

Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als drei Jahre zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden.

Zu Artikel 1 Ziffer 72: § 114 Absatz 4 SGB XI

Regierungsentwurf

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass jährlich in mindestens 20 vom Hundert der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfinstitutionen nach Absatz 3 geprüft wurden, eine unangemeldete Stichprobenprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt wird.

Kommentar:

Die Förderung von anerkannten einrichtungsinternen Qualitätsmanagementverfahren in stationären Pflegeeinrichtungen ist ausdrücklich zu begrüßen, ebenso der legitime Anspruch, die Nachhaltigkeit dieser Verfahren zu prüfen. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum diese Prüfungen unangemeldet erfolgen sollen. Die normalen Regelprüfungen erfolgen ebenfalls nach Anmeldung.

Änderungsvorschlag:

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass jährlich in mindestens 20 vom Hundert der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfinstitutionen nach Absatz 3 geprüft wurden, eine **angemeldete** Stichprobenprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt wird.

Zu Artikel 6 Ziffer 3: § 11 Absatz 4 SGB V

Regierungsentwurf:

„(...) Dazu haben die Krankenhäuser ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten oder den aufnehmenden Einrichtungen zusammenwirken. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Eine entsprechende Verpflichtung gilt auch für die stationären Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich einer erforderlichen Anschlussversorgung. Ergänzend dazu haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den jeweiligen Einrichtungen für die unmittelbare Anschlussversorgung ihrer Versicherten Sorge zu tragen. (...)“

Anmerkung

Mit den Änderungen werden die Anforderungen an die Durchführung des Entlassungsmanagements konkretisiert. Nach Auffassung des BDPK reichen diese Konkretisierungen nicht aus. Insbesondere fehlen klare Befugnisse für die für das Entlassungsmanagement Verantwortlichen in den Einrichtungen.

Die Verteilung der Zuständigkeit zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ist weiterhin nicht eindeutig geregelt. Die Formulierung der Norm „ergänzend (...) Sorge tragen“ lässt darauf schließen, dass die Krankenkassen das Entlassungsmanagement beobachten und „im Notfall“ einspringen und das Entlassungsmanagement übernehmen.

In der Begründung heißt es dagegen, die Krankenkassen haben „durch ein begleitendes Versorgungsmanagement mit den Einrichtungen zusammenzuarbeiten“. Der Inhalt einer „begleitenden Zusammenarbeit“ ist nicht geregelt. Hier muss eine klare Verteilung der Verantwortung für die einzelnen Schritte des Überleitungsprozesses erfolgen.

Im Übrigen bleibt die Frage offen, wie Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken die Bereitstellung des geforderten qualifizierten Personals finanzieren sollen.

Zu Artikel 6 Ziffer 6: § 40 Absatz 3 SGB V

Regierungsentwurf:

„Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 1.536 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.“

Anmerkung

Mit der Neuregelung soll ein Zahlungstatbestand geschaffen werden, der die Erbringung notwendiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen fördern soll. Der BDPK begrüßt die Absicht, den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zeitnaher und stringenter zu gestalten.

Es erscheint jedoch fraglich, ob die Höhe der Zahlungsverpflichtung zielführend ist, wenn man bedenkt, dass die Kosten einer durchschnittlichen geriatrischen Rehabilitation bei ca. 1.700 € – 2.100 € liegen. Darüber hinaus ist festzustellen, dass der „Schadensersatzanspruch“ den Betroffenen nicht weiter hilft, da er ihnen nicht zu gute kommt.

Die Frist von sechs Monaten ist im Hinblick auf einen zeitnahen Zugang zu Rehabilitationsleistungen deutlich zu lang.

Darüber hinaus ist die Klarstellung erforderlich, dass der „Schadensersatzanspruch“ den Anspruch des Versicherten auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht berührt.

Im Übrigen hat der BDPK auch Bedenken hinsichtlich der verwaltungsmäßigen Umsetzung des Zahlungstatbestandes. Diese macht es erforderlich, dass die MitarbeiterInnen der Pflegekasse den KollegInnen der Krankenkasse entsprechende Zahlungsaufforderungen zustellen.

Aus Sicht des BDPK wäre es im Hinblick auf die Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ zielführend, dass die Pflegekasse in einer Frist von vier Wochen vorleistungspflichtig ist, wenn die Krankenkasse ihren gesetzlichen Pflichten nicht nachkommt.

Die Zahlungstatbestände nach Satz 6 sind in die von den Krankenkassen zu führende Statistik gemäß § 40 Absatz 2 Satz 3 SGB V aufzunehmen.

Änderungsvorschlag:

In § 40 Absatz 2 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„In der Statistik nach Satz 3 werden auch die Zahlungstatbestände nach Absatz 3 Satz 6 erfasst.“

Zu Artikel 6 neu einzuführende Ziffer 6a: § 40 Absätze 1 und 2 SGB V

Die Anspruchsgrundlage für die medizinischen Rehabilitation - § 40 SGB V – enthält unklare Formulierungen, die immer wieder zum Versagen berechtigter Leistungsansprüche durch die Krankenkassen führen. Der derzeitige Text sieht vor, dass Leistungen zur Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden, wenn die Leistungen der **ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen**. Von den Krankenkassen wird diese Formulierung sehr häufig dahingehend gedeutet, dass überhaupt noch **nicht nachgewiesen** ist, dass die Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen. Folgende Änderungen sind aus unserer Sicht dringend notwendig:

Änderungsvorschlag:

§ 40 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus oder ist sie nicht erfolgsversprechend, um die in § 11 Absatz 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen.“

§ 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus oder ist sie nicht erfolgsversprechend, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Absatz 2 a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.“

Begründung:

Der bislang in § 40 Absatz 1 SGB V normierte, unbedingte Vorrang der ambulanten Akutversorgung vor Maßnahmen der ambulanten oder stationären Rehabilitation führt immer häufiger dazu, dass die Krankenkassen und der MDK dazu übergehen, Reha-Anträge mit der Begründung abzulehnen, die am Ort vorhandenen Mittel der ambulanten Akutversorgung reichten aus beziehungsweise seien noch gar nicht ausgeschöpft.. Insbesondere bei multimorbiden, chronisch kranken Menschen ist die Ausschöpfung des gesamten akutmedizinischen Apparat mit allen seinen Kosten vor einer rehabilitativen Behandlung jedoch nicht sachgerecht. Ein solches Vorgehen ist kontraproduktiv und ineffizient.

So wird etwa der von der Hausärztin eingehend begründete Antrag einer 80-jährigen Patientin mit einer Gonarthrose im Kniegelenk, chronischem Asthma und schwerem Altersdiabetes auf stationäre Rehabilitation mit der Begründung zurückgewiesen, der Besuch weiterer Fachärzte, zusätzliche physiotherapeutische Behandlungen und

Ernährungsberatung seien ausreichend. Derartige – kostentreibende – Begründungen werden selbst in Widerspruchsverfahren aufrechterhalten.

Um diesen Missbrauch von Mitteln der ambulanten Akutversorgung zu Lasten der medizinischen Rehabilitation einzudämmen, ist es notwendig, die Vorschrift des § 40 Absatz 1 SGB V ergänzend dahingehend zu formulieren, dass eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation immer dann indiziert ist, wenn die Mittel der ambulanten Akutversorgung „nicht erfolgsversprechend“ sind. Die Formulierung muss auf § 40 Absatz 2 erweitert werden, um sicherzustellen, dass die Mittel der ambulanten und stationären Rehabilitation in Übereinstimmung mit § 19 Absatz 2 SGB IX differenziert eingesetzt werden.

Artikel 6 Ziffer 10: § 119b SGB V

Regierungsentwurf:

„§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt, der in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist, durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c), der integrierten Versorgung (§140a) oder anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“

Kommentar:

Diese neue Versorgungsmöglichkeit von Pflegeeinrichtungen wird ausdrücklich begrüßt, da insbesondere die Qualität, die Kontinuität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung für die Bewohner verbessert werden. Dies zeigt auch die gelebte Praxis im seit zehn Jahre laufenden Berliner Modellprojekt. Durch die angestellten/ kooperierenden Ärzte sind im Berliner Projekt die Einweisungen in Krankenhäusern nachweislich um mehr als 50% reduziert worden. Ebenso stieg die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung von durchschnittlich 53% auf 93% in Pflegereinrichtungen mit angestelltem Arzt oder Kooperationsarzt. Damit diese qualitativ hochwertige Versorgung der Bewohner auch in die praktische Umsetzung gelangt, bedarf es der weiteren Klarstellung durch die Aufnahme des „bedarfabhängigen Nachweises durch die Pflegeeinrichtungen“ im Sinne des gesetzlichen Begründungstextes. Darin wird ausdrücklich die Bedarfsprüfung als angemessene Prüfung angeführt und grenzt sich somit nachdrücklich von einer Unterversorgungsfeststellung gemäß § 100 Abs. ab.

Änderungsvorschlag:

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung nach bedarfsabhängigem Nachweis der Institution dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt, der in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist, durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c), der integrierten Versorgung (§140a) oder anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“