

Ständiger Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ in der DVfR

DVfR
Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg

Tel: 06221/25485
Fax: 06221/166009
E-Mail: info@dvfr.de

2.11.2006

Rehabilitation vor Pflege

Empfehlungen zur Neuordnung der geriatrischen Rehabilitation in der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Präambel:

Es ist das Ziel der medizinischen Rehabilitation, zu der auch die geriatrische Rehabilitation gehört, Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. In diese Zielstellung fügt sich die Aussage im Koalitionsvertrag zwischen der CDU/CSU und SPD vom 11.11.2005 ein, wo es heißt: „Der medizinischen Rehabilitation kommt eine besondere Bedeutung zu. Deshalb muss insbesondere der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege gestärkt werden. Pflegebedürftigkeit darf nicht dazu führen, dass erforderliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht erbracht werden.“

Dieser Zielstellung werden die gegenwärtigen Zugangswege zu Leistungen der geriatrisch-medizinischen Rehabilitation sowohl innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nicht gerecht. Das betrifft gleichermaßen die Private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV). Die **gesetzlichen Grundlagen des SGB V** (Krankenversicherung), insbesondere der Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB, **werden ungenügend beachtet, falsch verstanden oder dafür genutzt**, erforderliche **Leistungen der medizinisch-geriatrischen Rehabilitation nicht zu gewähren**. Die im SGB IX enthaltenen verbindlichen Regelungen, die den Zugang zu Rehabilitationsleistungen erleichtern sollen und auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sind, werden von den Kranken- und Pflegekassen bislang eher wenig angewendet.

Es sind nicht zuletzt diese Gründe, die dazu geführt haben, dass seit 1995 die finanziellen Leistungen der SPV kontinuierlich gestiegen sind, während die Ausgaben für medizinische Rehabilitation der GKV gleich geblieben sind, insgesamt relativ sogar geringer wurden.

Der Ständige Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) unterbreitet nachfolgende Vorschläge zur Novellierung des SGB V und des SGB XI, jeweils verbunden mit den entsprechenden Begründungen. Der Ausschuss begrüßt ausdrücklich, dass den ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Geriatrie mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) mehr Geltung und Gewicht verschafft werden soll.

In die direkte Ausgestaltung des Gesundheitsreformgesetzes sollten folgende Vorschläge einbezogen werden:

1. Streichung der generellen Notwendigkeitsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen e.V. (MDK) bei Erstanträgen auf Leistungen zur geriatrisch-medizinischen Rehabilitation

Begründung:

Aufwendige Genehmigungsverfahren durch die jeweilige GKV und den MDK, der in der Regel vom Schreibtisch aus entscheidet. Der betreffende Patient wird bei Anträgen auf geriatrisch-medizinische Rehabilitation so gut wie nie von den zu entscheidenden Personen gesehen oder gar untersucht. Die Grundsätze bzw. Voraussetzungen zur Einleitung einer geriatrisch-medizinischen Rehabilitation – Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose (siehe sog. Leistner-Kriterien des MDS, Begutachtungsrichtlinie „Geriatrische Rehabilitation“ des MDS vom 12.12.2002 des MDS) – können auch von den zuweisenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten besser eingeschätzt werden, weil sie – bezogen auf diese Bedarfe - die betreffenden Patienten jeweils besser kennen. Zudem wird das in den Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelte Verordnungsverfahren von vielen Ärzten abgelehnt und nicht angewandt (Antrag auf eine Verordnung), was zur Unterlassung notwendiger Rehabilitationsleistungen führt. Die durch die Kliniken (und sicher auch durch niedergelassene Ärzte) zur Verfügung gestellten Unterlagen gestatten es in Verbindung mit der Kompetenz der Rehabilitationseinrichtungen in allen Fällen, die Leistungspflicht zur geriatrisch-medizinischen Rehabilitation einschätzen zu können. In den gemeinsamen Empfehlungen und im Rahmenversorgungsvertrag kann festgelegt werden, in welchen Fällen ausnahmsweise nicht die Rehabilitationseinrichtungen, sondern weiterhin der MDK oder ein anderer Sachverständiger im Sinne des § 14 Abs. 5 SGB IX das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen begutachten soll. Ein derartiges Vorgehen wäre z.B. sinnvoll, wenn infolge der Streichung der Notwendigkeitsprüfung durch den MDK ein Evaluationsbedarf im Hinblick auf Indikationsqualität zu erkennen ist.

Vorschlag:

- § 275, Abs.1, Nr. 2 SGB V wird mit der Folge gestrichen, dass der individuelle Rehabilitationsbedarf funktionsbezogen nach §§ 10, 14 Abs. 5 SGB IX durch ein Sachverständigengutachten festgestellt wird.

In der Begründung dazu stellt der Gesetzgeber klar, dass

- die Krankenkassen mit den Rehabilitationseinrichtungen, die geriatrische Rehabilitationsleistungen ausführen, in den Versorgungsverträgen vereinbaren können, dass und für welche Zielgruppen diese Einrichtungen die sachverständige Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach §§ 10, 14 SGB IX im Auftrag der Krankenkassen vornehmen, und
- die Kranken- und Unfallversicherungsträger sowie die Träger der Versorgungsverwaltung Gegenstand, Umfang und Ausführung der geriatrischen Rehabilitation in einer gemeinsamen Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 Abs. 1 SGB IX sowie in einem bundeseinheitlichen Rahmenvertrag nach § 21 Abs. 2 SGB IX mit den Spitzenorganisationen der Rehabilitationseinrichtungen zu vereinbaren haben.

2. Einführung einer Fehlbelegungsprüfung durch den MDK in den Rehabilitationseinrichtungen der Geriatrie analog den Krankenhausbereichen

Begründung:

Als Folge der weitgehenden Übertragung der Feststellung des Rehabilitations- und Leistungsbedarfs auf die Einrichtungen, die geriatrische Rehabilitationsleistungen ausführen, sollte der MDK durch Stichproben in den Räumen der Rehabilitationseinrichtung überprüfen (§ 17c, Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG), ob die Leistungserbringung entsprechend der o.g. gemeinsamen Empfehlung und Verträge erfolgt.

3. Wegfall der jährlichen Begrenzung bzw. Budgetierung der Ausgaben der GKV für stationäre Rehabilitation einschl. geriatrischer Rehabilitation

Begründung:

- Gegenwärtig werden die Ausgaben der GKV für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in einem gemeinsamen Budget begrenzt. Dieses Budget beträgt in der Regel nicht einmal 3 v.H. der Gesamtausgaben einer GKV. Diese Begrenzung führt in der Praxis dazu, dass nicht die qualitativ besten und wirksamsten, sondern oftmals nur die billigsten, zudem häufig ortsfernen Anbieter von den Kassen in Anspruch genommen werden. Das verstößt gegen die Verpflichtung, die Leistungen in der geeignetsten Form (§ 19 SGB IX) und vor allem wirksam (§ 10 SGB IX) auszuführen. Das erhöht den Drehtüreffekt und damit nicht selten die individuellen Gesamtkosten für die Behandlung und Rehabilitation des Patienten. **Außerdem wird das bestehende Wahlrecht der Versicherten (§ 9 SGB IX) immer wieder unterlaufen.**
- Es wird übersehen, dass erhöhte Ausgaben für die medizinische Rehabilitation sich sowohl im Gesamtgefüge der Kosten der GKV als auch in Bezug auf die SPV rasch amortisieren:

- Durchschnittliche Fallkosten je Rehabilitationsleistung in der GKV 2500 €.
- Durchschnittliche Ausgaben des SPV pro Jahr 8950 €.
- Die finanziellen Aufwendungen der Rehabilitation haben sich demnach schon nach 3,5 Monaten amortisiert, wenn Pflegebedürftigkeit vermieden werden konnte.

4. Einbeziehung der medizinischen (einschl. geriatrischen) Rehabilitation (sog. Heilverfahren) in den Risikostrukturausgleich der GKV

Begründung:

Nach der Neufassung des § 11 Abs. 2 SGB V durch das SGB IX und der damit vollzogenen Umwandlung des Ermessensanspruchs auf medizinische Rehabilitationsleistungen in einen Rechtsanspruch hätte das für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs verantwortliche Bundesversicherungsamt (BVA) spätestens für die Zeit ab 1.1.2002 wegen der geänderten Rechtslage von Amts wegen den Aufwand für die medizinische Rehabilitation vollständig in die Berechnung des Risikostrukturausgleichs einbeziehen müssen, weil es sich um Leistungsansprüche handelt, auf die ein Rechtsanspruch besteht, und die deswegen schon nach geltendem Recht (§ 266 Abs. 4 Nr. 2 SGB V) bei der Standardisierung der Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleichs nicht außer Betracht bleiben durften. Dies hat das BVA jedoch bis heute nicht beachtet.

Vorschlag:

§ 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird gestrichen.

5. Einführung der geriatrisch-medizinischen Rehabilitation in den Pflichtleistungskatalog der Privaten Pflegeversicherung (PKV)

Begründung:

Es ist kaum nachzuvollziehen, dass Privatversicherte ein umfängliches Wahlrecht im Rahmen der ambulanten und akuten Krankenhausversorgung haben, Leistungen der medizinischen Rehabilitation dagegen nicht oder nur ausnahmsweise zum vertraglich festgelegten Leistungsanspruch gehören.

Vorschlag:

§ 178 b Abs. 1 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) sollte dementsprechend geändert bzw. dieser Forderung angepasst werden.

6. Einführung des Ein- und Zuweisungsrechts von niedergelassenen Ärzten, vor allem für Hausärzte, zur geriatrisch-medizinischen Rehabilitation

Begründung:

Bislang ist es niedergelassenen Ärzten nicht oder nur begrenzt erlaubt, direkt zum AHB-Verfahren einzuweisen, bestenfalls innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus einem (Akut)krankenhaus. Bei Ausnahmen für einen direkten Zuweisungsantrag muss bei der jeweiligen GKV ein Antrag auf einen Rehabilitationsantrag gestellt werden. Dieser bürokratische Aufwand hält auf, obwohl die Hausärzte am ehesten den Bedarf

nach geriatrisch-medizinischer Rehabilitation einschätzen können, auch wenn sie bisher kaum darauf vorbereitet und entsprechend ausgebildet sind. **Darum müsste auch die Unterweisung bzw. Fortbildung der niedergelassenen Ärzte zu den Indikationen der geriatrisch-medizinischen Rehabilitation intensiviert werden.**

7. Zuweisungsrecht der SPV in stationäre oder teilstationäre geriatrisch-medizinische Rehabilitation.

Begründung:

- Im Gesundheitswesen liegt folgende Situation vor: Die aktuelle Ausgestaltung des Versicherungsrechts schränkt die Möglichkeiten ein, Pflegebedürftigkeit und chronischer Behinderung entgegenzuwirken. Für die Krankenkassen (GKV) besteht laut Aussage des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen der Anreiz, Leistungen auf die Pflegeversicherung (SPV) zu verlagern: „Sie handeln rational, wenn sie sich an der Schnittstelle für ineffiziente Lösungen entschieden, die auch den Interessen der Versicherten zuwiderlaufen“, nur weil dies scheinbar eher finanziell bewältigt werden kann. Gesundheitspolitische Einsparpotentiale werden jedoch nicht wahrgenommen, die sich aus den Möglichkeiten der medizinisch-geriatrischen oder indikationsspezifischen Rehabilitation ergeben.
- Im §12 des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung-SPV) wird die Möglichkeit angedeutet, dass auch die SPV zur geriatrischen Rehabilitation einweisen bzw. die Kosten übernehmen kann, wenn sich dafür kein anderer Leistungsträger findet. Auch das SGB IX lässt eine solche Möglichkeit zu. Allerdings ist unseres Wissens nach von der SPV diese Möglichkeit noch nie genutzt worden, Leistungsträger der geriatrisch-medizinischen Rehabilitation war fast durchweg die zuständige Krankenversicherung. Mit einer erkennbaren Stärkung des SPV im Hinblick auf ein direktes Einweisungsrecht könnte nicht allein zu mehr Wettbewerb eingeladen werden, sondern es wäre der oben genannte Weg ungerechtfertigter Kostenverlagerung bzw. Verweigerung einer erforderlichen medizinisch-geriatrischen Rehabilitation erschwert.

8. Pflegeeinstufung kraft Gesetz bis eine Einstufungsempfehlung durch den MDK erfolgt

Begründung:

Es dauert trotz der Einführung von sog. MDK-Schnellbegutachtungsregeln nicht selten mehrere Wochen, bis Anträge auf Leistungen der SPV bearbeitet bzw. durch Mitarbeiter begutachtet werden. In stationären Einrichtungen werden in fast allen Bundesländern nur Pflegeeinstufungen durch den MDK empfohlen, wenn betroffene Versicherte des SPV direkt in eine stationäre Heimeinrichtung verlegt werden sollen bzw. eine häusliche Pflege nicht gewährleistet werden kann. Einige MDK's weigern sich, Einstufungsuntersuchungen noch während des Aufenthaltes im Krankenhaus vorzunehmen.

Es ist nicht nachzuvollziehen, wieso die Feststellung des Krankenhausarztes, dass sein Patient pflegebedürftig geworden ist, nicht vorläufig ausreicht, um den problemlosen Übergang in die Pflege sicherzustellen. Denn vor allem für den Betroffenen ist die Situation, dass die weitere Finanzierung seines Krankenhausaufenthaltes vom nächsten Tag an entfällt – ohne Klärung der

weiteren Versorgungsmöglichkeiten – nicht akzeptabel. Andererseits soll diese Übergangslösung nicht die Wirkung haben, die Grundlage für die Finanzierung der anschließend erforderlichen Leistungen der Pflegeversicherung zu bilden. Das wird mit folgendem Vorschlag geändert.

Vorschlag:

An § 15 SGB XI sollte zur nahtlosen Sicherstellung der Finanzierung folgender Abs. 4 angefügt werden: „Wird jemand aus dem Krankenhaus entlassen, weil er pflegebedürftig geworden ist, und wurde er bis zu diesem Zeitpunkt keiner Pflegestufe nach Abs. 1 zugeordnet, ist er bis zur Einstufung im Verfahren nach § 18 der Pflegestufe I zugeordnet.“

9. Stärkung der wohnortnahen geriatrischen Rehabilitation

Der Anspruch auf geriatrisch-medizinische Rehabilitation sollte wegen der besseren Einbindung von Angehörigen in die Rehabilitation, der besseren Kenntnisse über die vor Ort gegebenen ambulanten Sozialstrukturen und nicht zuletzt wegen der geringeren Transportbelastungen möglichst wohnortnah realisiert werden. Die Gesundheits- und Sozialplanung muss deshalb - sofern noch nicht oder nur unzulänglich geschehen - dem Aufbau stationärer geriatrisch-medizinischer Rehabilitationsangebote besondere Aufmerksamkeit schenken.

Für die Versicherten, für die eine geriatrisch-medizinische Rehabilitation vorgesehen ist, muss außerdem das Wahlrecht (§ 9 SGB IX) gewährleistet werden.

Begründung:

Es gibt eine Fülle von Beispielen, dass alte, behinderte Versicherte von den zuständigen gesetzlichen Krankenversicherungen aus Kostengründen (niedrige Pflegekostensätze) in entfernte geriatrische Rehabilitationseinrichtungen zugewiesen werden, obwohl entsprechende Rehabilitationseinrichtungen wohnortnah zur Verfügung stehen. Wohnortferne Rehabilitation erschwert jedoch erheblich die Rehabilitation, weil Angehörige schlechter in das unmittelbare Rehabilitationsgeschehen einbezogen werden können, die Entlassungsplanung wegen unzulänglicher Kenntnisse der ambulanten Strukturen des Wohnortes erschwert ist und überdies lange Transportwege für die kranken, behinderten Versicherten nicht selten eine unzumutbare Belastung darstellen. Es gibt außerdem Hinweise dafür, dass bei wohnortferner Rehabilitation die Wiedereinweisungsquote in Krankenhäuser erhöht ist („Drehtüreffekt“), d. h. die erhoffte Kostenersparnis letztlich nicht eintritt. Da es bislang wegen der sektoralen Budgetierung der Krankenkassenausgaben an einer kompletten Übersicht fehlt, was der individuelle gesetzlich Versicherte unter Einziehung aller Ausgabenanteile (Krankenhaus, Medikamente, ambulante Behandlung, Rehabilitation, Hilfsmittel usw.) jährlich beansprucht, sollte diese Erfahrung einer besonderen Prüfung unterzogen werden.

Vorschlag:

Die Aufsichtsbehörden sind gefordert im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht und der Zweckmäßigkeitsprüfungen der Krankenkassen zu prüfen, ob und wie die Krankenkassen ihrer Rechtspflicht aus § 19 SGB IX nachkommen, um sicher zu

stellen, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.

Im Übrigen könnte der Gesetzgeber die Bundesregierung – vergleichbar den Regelungen in §§ 66 Abs. 1 Satz 1, 64 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX – beauftragen, die Durchführung des § 19 SGB IX durch die Rehabilitationswissenschaften bis zum 31.12.2007 zu evaluieren und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen vorzulegen. Dafür könnte in den § 19 SGB IX folgender Abs. 2a eingefügt werden:

„(2a) Die Bundesregierung evaluiert die Durchführung des Absatzes 1 für die Versorgung pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen sowie die Durchführung des § 11 Abs. 2 i.V.m. § 40 Abs. 2a Satz 1 SGB V im Rahmen der Rehabilitationsforschung. Sie unterrichtet die Bundesregierung darüber bis zum 30.6.2008 und schlägt den gesetzgebenden Körperschaften noch zu treffende Maßnahmen vor.“

10. Einführung eines Bonussystems in die SPV, wenn es infolge gezielter geriatrisch-medizinischer Rehabilitation zu einer Beendigung bzw. Reduzierung von Leistungen der SPV bzw. der Pflegestufe gekommen ist.

Begründung:

Es geschieht nicht selten, dass Pflegeversicherte, die bereits eine Pflegeeinstufung haben, ihre Angehörigen und auch Heimeinrichtungen befürchten, dass durch eine erfolgreiche geriatrisch-medizinische Rehabilitation die einmal erzielte Pflegeeinstufung gefährdet wird. Das führt nicht nur zu mangelnder Motivation zur Rehabilitation, sondern gelegentlich sogar zur Vermeidung von Einweisungen zur notwendigen und erfolgversprechenden geriatrisch-medizinischen Rehabilitation. Mit Hilfe eines Bonussystems könnten diese Befürchtungen zumindest reduziert werden.

Prof. Dr. med. Christian Zippel
Vorsitzender des DVfR-Ausschusses „Geriatrische Rehabilitation“



DVfR
Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg

Tel: 06221/25485
Fax: 06221/166009
E-Mail: info@dvfr.de

2.11.2006

Stellungnahme

zur Verankerung der geriatrischen Rehabilitation als Pflichtleistung der GKV

Der Ständige Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) begrüßt die im Referentenentwurf zur Gesundheitsreform 2006 formulierte Absicht der Regierungskoalition, den bereits in den Sozialgesetzbüchern V und IX enthaltenen Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation zu einer Pflichtaufgabe der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu machen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder bei bestehender Pflegebedürftigkeit einer Verschlechterung entgegenzuwirken.

Gerade bei geriatrischen Patienten wurde die Ausführung dieses Anspruchs in das Ermessen der GKV gestellt. Bei den Privaten Krankenversicherungen (PKV) fehlt in der Regel ein Leistungsangebot zur medizinischen Rehabilitation, was dringenden Handlungsbedarf nahe legt.

Art, Umfang und Ausführung der geriatrischen Rehabilitation sowie die Anforderungen an Qualität und Qualitätssicherung sind von den leistungsverpflichteten Rehabilitationsträgern (Krankenversicherungen, Versorgungsverwaltung) in gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12, 13 SGB IX sowie in Rahmenverträgen mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationseinrichtungen nach § 21 Abs. 2 SGB IX festzulegen. Damit kann gewährleistet werden, dass alle alten und älteren Menschen die erforderlichen Rehabilitationsleistungen auf Grund ihres individuellen Leistungsbedarfs erhalten, wie es der § 10 SGB IX vorgibt.

Wir fordern für die Sicherung einer anspruchsvollen Rehabilitationsarbeit

- gesicherte, evaluierte Qualitätsstandards für alle Bereiche der geriatrischen Rehabilitation (stationäre geriatrische Rehabilitation, Geriatrische Tagesklinik, ambulante geriatrische Rehabilitation und mobile geriatrische Rehabilitation)

- die Leitung durch Ärzte, die in der Geriatrie erfahren sind und für diese Aufgabe ausgebildet sind
- eine verbesserte Koordination aller an der Behandlung und Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligten Institutionen (inkl. niedergel. Ärzte, Pflegedienste, Therapeuten, stationäre Einrichtungen).

Wir erwarten, dass durch die Fachverbände der Geriatrie und Gerontologie überzeugende Definitionen und Beschreibungen des geriatrischen Patienten bzw. des geriatrischen Rehabilitationspatienten erarbeitet werden, um besser als bisher den Trägern der Rehabilitation sowie den Leistungserbringern eine nachvollziehbare Abgrenzung zur sog. indikationsbezogenen medizinischen Rehabilitation zu erlauben. Unseres Erachtens geben die Begutachtungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände e.V. (MDS) dafür eine gute Basis.

Wir bitten um Ihre Unterstützung, dass dieser notwendige Prozess für die Etablierung einer qualitätsgesicherten geriatrischen Rehabilitation zügig in Gang kommt.

Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle
Vorsitzender der DVfR

Prof. Dr. med. Christian Zippel, Vorsitzender
des Ständigen Ausschusses „Geriatrische Rehabilitation“ in der DVfR