

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0271(16)
gel. VB zur öAnh. am 21.5.
12_Pflege-Neuausrichtungsgesetz
15.05.2012



Berlin, 15.05.2012

Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(PflegeNeuausrichtungsgesetz - PNG)

1. Mit Rehabilitation Pflege vermeiden

Das Anliegen des Gesetzentwurfs, mit Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, begrüßen wir ausdrücklich.

Seit Einführung der Pflegeversicherung kommt es an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zu dem Problem, dass Menschen notwendige Rehabilitationsmaßnahmen nicht erhalten und dadurch zu schnell in die Pflegebedürftigkeit abrutschen. Für die betroffenen Menschen bedeutet dies, dass sie ihre Selbständigkeit dauerhaft aufgeben müssen und von fremder Hilfe im Pflegeheim abhängig werden. Neben dieser menschlichen Dimension wirkt sich das Problem auch ökonomisch aus. Die erwartete Verdopplung der Pflegebedürftigen auf über 4 Millionen bis zum Jahr 2040 dürfte mit einem erheblichen Anstieg von Pflegekosten einhergehen, den es durch Verschiebung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu begrenzen gilt.

Trotz eindeutiger gesetzlicher Verankerung des Prinzips „Reha vor Pflege“ wird von Experten die Ursache darin gesehen, dass die Krankenkassen für Leistungen zur Vermeidung/Verschiebung von Pflegebedürftigkeit bezahlen müssen, vom Erfolg dann allerdings nicht mehr profitieren.¹ Leistungen der medizinischen Rehabilitation, mit denen Pflegebedürftigkeit und damit auch Leistungen der Pflegeversicherung vermieden werden, erbringt und finanziert die gesetzliche Krankenversicherung. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hat vorgeschlagen, dass Rehabilitation von dem Träger finanziert wird, der den Nutzen aus dem Erfolg der Maßnahme zieht.²

¹ Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, BTDrucksache 17/3815 Seite 175.

² Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bundestagsdrucksache 15/5670 Seite 25.

Nach geltender Rechtslage ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen verpflichtet, im Rahmen der Pflegebegutachtung „Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind“. Das Ergebnis der Prüfung ist den Pflegekassen mitzuteilen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass diese Feststellungen in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung, die dem Pflegebedürftigen zu übermitteln ist, dokumentiert werden. Damit sollen die Versicherten in die Lage versetzt werden, ihre Leistungsansprüche besser wahrnehmen zu können.

Wir begrüßen diese Änderung, weil sie die Begutachtungs- und Bewilligungspraxis transparenter macht. Sie ändert jedoch nichts am oben beschriebenen Grundproblem und greift daher zu kurz.

Ergänzend zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur besseren Information der Pflegebedürftigen schlagen wir daher eine Kostenerstattungsregelung von der Pflege an die Krankenversicherung vor. Die Krankenkasse erbringt in ihrer Zuständigkeit Leistungen zur Rehabilitation. Sofern ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt wurde, erstattet die Pflegeversicherung der Krankenkasse die für die Rehabilitation angefallenen Kosten.

Änderungsvorschlag: § 5 SGB XI „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ wird um einen Abs. 3 ergänzt:

- (1) Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- (2) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.
- (3) Die Kosten für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die die Krankenkasse erbringt, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern, werden der Krankenkasse von der Pflegekasse erstattet.

Finanzielle Auswirkung der vorgeschlagenen Regelung

Gelingt es, nach einer Rehabilitationsmaßnahme den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verschieben, spart die Pflegeversicherung ab dem vierten Monat monatlich durchschnittlich 800 €.

Rechtliche Bewertung

Leistungsrechtliche Verwerfungen zwischen gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung entstehen nicht. Die Leistungsansprüche bleiben nach den jeweiligen Gesetzbüchern erhalten. Die Krankenversicherung wird weiterhin nach medizinischer Notwendigkeit zusammen mit dem MDK die Notwendigkeit und die Prognose für Rehabilitationsleistungen prüfen.

Auch auf der vertragsrechtlichen Ebene entstehen keine Doppelungen oder Verwerfungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Der Abschluss von Versorgungsverträgen sowie die Qualitätssicherung der Einrichtungen ist weiterhin Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Gibt es überhaupt dieses Problem?

Zu dieser Frage wird widersprüchlich argumentiert: einerseits wird behauptet, die Krankenkassen würden alle notwendigen Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit erbringen. Das eigentliche Problem sei, dass es die von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen, bei denen mit Reha Pflege vermieden werden kann, nicht gibt. Wenn das so wäre, würden keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Andererseits wird die Notwendigkeit einer solchen Regelung mit zu erwartenden Mehrkosten abgewehrt. Dies deutet darauf hin, dass es tatsächlich ein Defizit gibt.

Sind Bemühungen, Pflege verschieben zu wollen, überhaupt erfolversprechend?

Erfahrungen aus den indikationsspezifischen und den indikationsübergreifenden, geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zeigen erstaunliche Erfolge. Niemand möchte von fremder Hilfe abhängig sein. Jeder Mensch will so lange wie möglich in seinem eigenen häuslichen Umfeld bleiben. Deshalb werden auch bei hochbetagten Menschen in der Rehabilitation ungeheure Potenziale aktiviert. Den Menschen ist klar, dass die Rehabilitation ihre letzte Chance ist, den Daueraufenthalt im Pflegeheim zu vermeiden.

Häufig wird argumentiert, es gäbe für dieses Problem keine geeignete Struktur von geriatrischen Leistungsanbietern. Dies ist nicht richtig. Schon heute liegt das Durchschnittsalter der Patienten in den indikationsspezifischen Rehabilitationskliniken bei über 70 Jahren. Die meisten Patienten sind multimorbide. Ziel der Rehabilitation auch dort

ist neben der Behandlung der Hauptindikation (z. B. kardiologisches, orthopädisches oder neurologisches Krankheitsbild) die Wiedererlangung alltagspezifischer Fähigkeiten und Selbstversorgungskompetenzen.

Daneben hat die bestehende Struktur geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen ihre Berechtigung und wird weiterhin entsprechend der sich aus dem MDK-Begutachtungsrichtlinien ergebenden Kriterien angesteuert. Ggf. notwendige Anpassungen der verfügbaren geriatrischen Kapazitäten und der medizinisch therapeutischen Inhalte erfolgen, wie schon bisher üblich, kurzfristig.

2. Rehabilitation für pflegende Angehörige

Wir begrüßen das Vorhaben, die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern. Tatsächlich ist häufig deren physische und psychische Gesundheit durch die dauernde Belastung der Pflege stark angegriffen. Die körperlichen und psychischen Belastungen der Pflege rund um die Uhr führen nicht selten zum Burnout, Depressionen, Kopf- und Rückenschmerzen oder Störungen des Herz-/ Kreislaufsystems mit der Gefahr der Chronifizierung.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen bieten bereits jetzt Lösungen für diese Betroffenen an. Somatische und psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen haben das Ziel, solche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen „abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“.

Die Inanspruchnahme dieser Leistungen durch pflegende Angehörige scheitert jedoch an allgemeinen Zugangsbarrieren zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Im Gegensatz zum AHB-Verfahren, dem ein akutstationärer Aufenthalt vorausgeht, sind für die im sog. Heilverfahren erbrachte Rehabilitation zahlreiche Hürden zu überwinden.

Zunächst muss es dem pflegenden Angehörigen gelingen, einen Antrag zu stellen. Dabei sind die Vorgaben der sog. Reha-Richtlinie einzuhalten, die ein zweistufiges Antragsverfahren vorsieht:

Durch einen Arzt erfolgt zunächst eine „Mitteilung“ an die Krankenkasse. Erst wenn dieser stattgegeben wird, kann der eigentliche Antrag erfolgen, in dem der Arzt auf die medizinischen Bedarfe unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells eingeht. Für das Antragsverfahren sind ausschließlich solche Ärzte zugelassen, die nach den Vorgaben der Reha-Richtlinie qualifiziert sind.

Sofern ein pflegender Angehöriger diese Hürde genommen hat, folgen weitere. Auch wenn die medizinische Rehabilitation eine Pflichtleistung ist, nutzen Krankenkassen

unterschiedliche Möglichkeiten, die Leistungsgewährung zu vermeiden, um Ausgaben zu sparen und damit die Gefahr der Erhebung eines Zusatzbeitrags zu reduzieren:

Im Rahmen einer Begutachtung der Antragsunterlagen kann der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) feststellen, dass der vom verordnenden Arzt festgestellte Rehabilitationsbedarf seiner Einschätzung nach nicht besteht oder aber der Rehabilitationsbedarf mit ambulanten Leistungen gedeckt werden kann. Beides hat die Ablehnung des Antrags auf stationäre medizinische Rehabilitation zur Folge. Damit werden sowohl die Motivation der niedergelassenen Ärzte als auch der Versicherten zur Beantragung von Rehabilitationsleistungen beeinträchtigt.

Indiz für das hemmende Antragsverfahren bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen ist der hohe Anteil von Rehabilitationsleistungen im Rahmen der sog. „Anschlussheilbehandlung“, die ohne wesentlichen Einfluss der Krankenkassen durch die Sozialdienste der Krankenhäuser gesteuert wird und mittlerweile etwa 80 Prozent der Rehabilitationsleistungen der GKV ausmachen.

Zur Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation regen wir für pflegende Angehörige daher ein Direktverordnungsrecht des behandelnden Arztes an.