

Vorschlag
zur

Einbeziehung teilhabeorientierter rehabilitativer Leistungen in die
mit § 37c beabsichtigte kurativ orientierte außerklinische Intensivpflege
„Außerklinische Intensivpflege als Komplexleistung mit Förderung der Teilhabe“

Erläuterung

1. Die mit dem RefE beabsichtigte „Außerklinische Intensivpflege“ beseitigt die bestehende Unter- und Fehlversorgung der betroffenen Menschen nicht. Sie schreibt im Recht der Heilmittelerbringung – in dessen Zusammenhang sich die Regelung bewegt - bestehenden Defizite fort.
2. Die Leistung ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und von der Verordnung eines Vertragsarztes nach § 73 Abs. 2 SGB V abhängig. Mit Blick auf die Belastung des ärztlichen Budgets haben die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen schon bisher erhebliche Probleme die bedarfsgerechten Verordnungen überhaupt zu erhalten. Aus der Praxis der Krankenkassen ist bekannt, dass es auch nicht gelingt diese Probleme durch entsprechende Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu lösen. Insbesondere auch dann nicht, wenn damit zugleich die Verordnung rehabilitativer Leistungstatbestände einbezogen werden sollen.
3. Wegen der Einbindung in das Vertragsarztrecht haben die betroffenen Menschen keinen davon unabhängigen Zugang zu den Leistungen durch einen selbstbestimmten Antrag nach § 19 SGB IV.
4. Der RefE ist erkennbar durch die Sichtweise der Pneumologie geprägt. Die Zielgruppe ist aber weitaus größer und kommt aus fast allen Indikationsbereichen, wobei die Menschen mit neurologischen Schädigungen die weitaus größte Gruppe bilden. Notwendig ist mithin eine Regelung, die alle Indikationsbereiche erfasst.
5. Der Entlassung aus dem Krankenhaus wird möglich, wenn der kurative Leistungsbedarf nicht mehr überwiegt. Dann tritt der Bedarf an teilhabeorientierten Leistungen neben der Pfleg in den Vordergrund. Dabei reduziert sich der Bedarf an pflegerischer Versorgung, je mehr und schneller funktions- und aktivitätsorientierte rehabilitative Leistungen wirksam werden. Der Bedarf an diesen Leistungen wird durch die mit dem RefE beabsichtigte Leistung nicht gedeckt. Die Unterversorgung fortgeschrieben und verfestigt.
6. Ökonomisch sind sowohl Sach- und Personalkosten in diesem Bereich signifikant nur dann zu reduzieren, wenn die Leistung darauf abzielt, die betroffenen Menschen ganz von der Unterbringung in einer Einrichtung unabhängig zu machen und ihnen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben in im eigenen Haushalt oder im betreuten Wohnen zu ermöglichen. Dieses Ziel verfolgt die vorgesehene Leistung nicht und kann es auch ohne Ergänzung um rehabilitative Leistungsbestandteile nicht einmal in Ansätzen erreichen.
7. Der nachfolgende Vorschlag kann aus diesen Gründen keine Präferenz des Verfassers erhalten. Wenn er dennoch hiermit vorgelegt wird, dient er ausschließlich dazu, den zur Beseitigung der Unter- und Fehlversorgung in diesem Bereich unabdingbaren Richtungswechsel Zur teilhabeorientierten Versorgung zumindest im Ansatz zu begründen.

Vorschlag zur Änderung des vom BMG vorgelegten RefE

§ 37 c

Außerklinische Intensivpflege

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Der Anspruch umfasst auch den nach einer Dekanülierung weiterhin erforderlichen, jedoch nicht planbaren Interventionsbedarf. Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist die Entwöhnung von der Beatmung grundsätzlich Aufgabe des Krankenhauses. Ist die Entwöhnung im Krankenhaus nicht möglich, ist vor der Entlassung aus dem Krankenhaus das Potential zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren.

(2) Die außerklinische Intensivpflege wird gemeinsam mit Leistungen zur Förderung der Teilhabe nach § 5 Nr. 1 SGB IX ausgeführt (Komplexleistungen). Der Bedarf an Leistungen zur

außerklinischen Intensivpflege einschl. der Förderung der Teilhabe ist im Krankenhaus festzustellen und als Anlage der Verordnung beizufügen.

(3) Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht entsprechend dem individuellen Bedarf unter Berücksichtigung des Wunschrechts im Haushalt des Versicherten durch geeignete Pfleg- und Rehabilitationsdienste, in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen nach § 28 Abs. 1 SGB IX sowie in Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches erbringen.

(4) Ist die Beatmungsentwöhnung im Krankenhaus nicht möglich, kann diese auch in den in Absatz 3 genannten Einrichtungen ausgeführt werden, wenn sie über die dazu erforderliche Struktur- und Prozessqualität verfügen.

(5) Die Krankenkassen vereinbaren auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen nach § 132i mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern Versorgungsverträge über Gegenstand, Umfang, Qualität, Ausführung und Vergütung der Leistungen. Die Leistungserbringer haben Anspruch auf eine angemessene Vergütung der Komplexleistung.

Im Falle der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der zuständigen Aufsichtsbehörde der Krankenkasse innerhalb eines Monats bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(6) Für die Vereinbarung des Versorgungsvertrages und der Gesamtvergütung zur Komplexleistung findet für Leistungserbringer nach dem Elften Sozialgesetzbuch das Versorgungsvertrags- und Vergütungsrecht des Elften Sozialgesetzbuches, für Rehabilitationseinrichtungen und -dienste das des Neunten Sozialgesetzbuches Anwendung.

(7) Versicherte die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung für die Komplexleistung den sich nach § 61 Satz 2 des Fünften Buches ergebenden Betrages, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme an die Krankenkasse.

Erläuterung:

Zu Absatz 1:

Satz 1 begründet den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege als Leistung der Krankenkasse. Satz 2 bezieht den über die Dekanülierung hinausgehenden, nicht planbaren Interventionsbedarf ein, der bisher über § 1 Abs. 6 HKP-Richtlinie zu § 37 Abs. 6 SGB V gedeckt wird.

Satz 3 stellt klar das die Beatmungsentwöhnung zunächst grundsätzlich Aufgabe des Krankenhauses ist. Zu Beseitigung des hier bestehenden Defizits, wird mit dieser Bestimmung der Druck auf die Krankenhäuser bzgl. der Wahrnehmung dieser Aufgabe noch verstärkt.

Satz 4 übernimmt die Verpflichtung aus dem Referentenentwurf, bei Entlassung ohne abgeschlossene Beatmungsentwöhnung in jedem Fall den Status zu dokumentieren.

Zu Absatz 2:

Satz 1 gestaltet die außerklinische Intensivpflege als Komplexleistung, die – vergleichbar der Frührehabilitation im Krankenhaus - neben kurativen und pflegerischen Elementen auch die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation einschließt. Soweit darüber hinaus weitere Leistungen zur Teilhabe benötigt werden (z.B. Assistenzleistungen usw.) besteht dieser Anspruch unverändert parallel zu dem Anspruch auf außerklinische Intensivpflege.

Die Unterversorgung mit Leistungen zur Förderung der Teilhabe und die Tatsache, dass diese Leistungen nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen, beruht u.a. auch darauf, dass der Bedarf an solchen Leistungen im Krankenhaus entweder nicht erkannt oder nicht erhoben und dokumentiert wird. Dieses Defizit soll mit Satz 2 behoben werden. Für den auf die Teilhabeförderung entfallenden Anteil der Komplexleistung ist dies zugleich die Basis für die Entscheidung über den Leistungsumfang (im Vorfeld der endgültigen Ermittlung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe nach § 13 SGB IX).

Zu Absatz 3

Satz 1 stellt klar, dass der Anspruch im Haushalt des Berechtigten durch geeignete Pflegedienste, ansonsten durch geeignete Rehabilitationseinrichtungen und -dienste (z.B. im Rahmen der neurologischen Rehabilitation) oder durch geeignete Pflegeeinrichtungen erfüllt werden kann. Dabei ist das Wunschrecht des Berechtigten zu beachten.

Da – anders als im Referentenentwurf des BMG – bei der Ausführung durch Pflegeeinrichtungen nicht auf § 43 SGB XI Bezug genommen wird, sind alle Pflegeeinrichtungen erfasst (Abgesehen davon, dass § 71 Abs.1 SGB XI auch ambulante Pflegedienste als „Pflegeeinrichtungen“ bezeichnet, erfasst dies auch die sogen. „Wohneinheiten“). Dies trägt der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit zum Heimrecht Rechnung, nach der die Bewohner von „Wohneinheiten“ keine Wohngemeinschaft bilden, sondern eine zur Intensivbetreuung untergebrachte Mehrheit von Pflegebedürftigen Personen sind. Es sich mithin nur um die Darbietung von Leistungen handele, die für Pflegeeinrichtungen typisch seien.

Zu Absatz 4

Da trotz aller Bemühungen und Maßnahmen bei einer großen Zahl von betroffenen Menschen die Beatmungsentwöhnung nicht im Krankenhaus durchgeführt wird, soll der dadurch bestehenden Unterversorgung damit begegnet werden, dass auch Anbieter iSd Abs. 3 – insbesondere auch stationäre Rehabilitationseinrichtungen (die das insbesondere in der neurologischen Rehabilitation zum Teil seit Jahren mit großem Erfolg praktizieren) - die Beatmungsentwöhnung durchführen können.

Sie werden dann insoweit als „spezialisierte Entwöhnungseinheiten“ iSd Anforderungskatalogs der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) tätig und müssen die danach erforderliche Struktur- und Prozessqualität nachweisen.

Zu Absatz 5

Ob Leistungserbringer nach Absatz 3 zur Ausführung der Komplexleistung außerklinische Intensivpflege geeignet ist und über erforderliche Struktur- und Prozessqualität verfügt wird von den Krankenkassen mit der Vereinbarung eines Versorgungsvertrages geprüft. Grundlage sind die im Rahmenvertrag nach § 132i vereinbarten Anforderungen.

Satz 2 stellt klar, dass für die Komplexleistungen ein Anspruch auf eine Gesamtvergütung besteht, die alle bedarfsgerecht erforderlichen Leistungsanteile der kurativen, pflegerischen und rehabilitativen Versorgung erfasst.

Satz 3ff bisher im Referentenentwurf § 132i Satz 2ff

Zu Absatz 6

Die Leistungserbringer sollen sich für die Vereinbarung des Versorgungsvertrages und die Gesamtvergütung im Rahmen des für ihr Angebot maßgeblichen Teiles des Sozialgesetzbuches bewegen können. Da die Krankenkassen organisationsrechtlich sowohl Träger der Krankenbehandlung wie auch der Pflegeversicherung und zugleich Rehabilitationsträger für die medizinische Rehabilitation sind, dürfte dies für sie praktisch kein Problem sein.

Zu Absatz 7

Die Regelung übernimmt die Zuzahlungsregelung aus dem Referentenentwurf, allerdings ohne die Unterscheidung zwischen stationärer und nicht stationärer Versorgung. Im Sinne der Einheitlichkeit der Komplexleistung und zur gleichen Belastung der in gleicher Weise Betroffenen sollte die Zuzahlung – unabhängig vom Ort und der Art der Ausführung – für alle Betroffenen gleich sein.