

Vorschlag zu § 42a SGB IX

„Außerklinische Intensivversorgung als Komplexleistung mit Förderung der Teilhabe“

Erläuterung des Vorschlags

1. Die erhebliche Unter- und Fehlversorgung der mit dem RefE erfassten Zielgruppe wird über die im Entwurf nur vorgesehene Weiterentwicklung des Heilmittelrechts hinaus durch eine Leistung behoben, die bedarfsorientiert kurativ, pflegerische und teilhabeorientierte rehabilitative Leistungselemente in einer Gesamtleistung (Komplexleistung) vereinigt.
2. Dies entspricht exakt den in § 42 Abs. 2 und 3 SGB IX definierten Leistungsinhalten der medizinischen Rehabilitation.
3. Fachlich und rechtssystematisch zutreffend ist diese Leistung an § 42 SGB IX anzubinden (§ 42a SGB IX).
4. Das mit dem RefE verfolgte Ziel, die in diesem Bereich bestehenden Unter- und Fehlversorgung zu beseitigen, kann allein mit einer Regelung im Bereich der Krankenbehandlung und der Pflege nicht erreicht werden.
5. Die mit dem RefE verbundenen ökonomischen Ziele sind ebenfalls nur zu erreichen, wenn die betroffenen Menschen mit – in der Regel ja schweren und schwersten – Behinderungen als Ziel und Ergebnis der Versorgung keiner Unterbringung in einer Einrichtung – welcher Art auch immer – mehr bedürfen. Nur dann nur außerhalb von Einrichtungen reduziert sich der Umfang des ansonsten erforderlichen Personalaufwands)
6. Nach den dokumentierten Erfahrungen und Ergebnissen der neurologischen Rehabilitation können bei diesen Indikationen zwischen 70 bis 80 VH der betroffenen Menschen nach Beatmungsentwöhnung, Sprech-, Schluck- und Esstraining wieder in einem häuslichen Umfeld mit Unterstützung weitgehend selbständig leben, kommunizieren und ohne Sondenernährung (die sich negativ auf den Stoffwechsel und die Verdauungsauswirkt) essen und trinken. Womit auch der durch die Sondenernährung verursachte Aufwand an Krankenbehandlung reduziert. (vergl. „Heidelberger Erklärung“ der neurologischen Rehabilitation).
7. Dies setzt allerdings voraus, dass - über die Beatmungsentwöhnung und ergänzende Heilmittelversorgung hinaus – regelhaft verschiedene funktions- und aktivitätsorientierter Methoden zur Krankheitsfolgenbewältigung eingesetzt werden, deren Bedarf nach der Krankenhausbehandlung die übrigen Bedarfe in der Regel überwiegt, (insbesondere trainierende Methoden - siehe Ziffer 6- aber auch psychologische, pädagogische und Leistungen der Sozialen Arbeit, die auch die Angehörigen mit einbeziehen).
8. Der Zugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist nicht an die Verordnung eines behandelnden Arztes gebunden (vergl. Begründung zu der vorgeschlagenen Änderung des § 13 SGB IX). Die Leistung kann auch über den selbstbestimmten Antrag nach § 19 SGB IV geltend gemacht werden, was die Bedarfsermittlung durch den Träger nach § 13 SGB IX auslöst. Damit werden die Selbstbestimmungsrechte der betroffenen gestärkt.
9. Aus der Praxis ist bekannt, dass die Bereitschaft der Vertragsärzte, Verordnungen auf der Grundlage der HKP-Richtlinie mit Blick auf die Belastung des eigenen Budgets vorzunehmen, gering ist und für die Betroffenen und ihre Angehörigen erhebliche Anstrengungen zur Durchsetzung ihrer Rechte auslöst. Da sich der RefE weiterhin im kurativen Bereich weiterhin im Heilmittelrecht bewegt, werden die Probleme für die Zukunft festgeschrieben.
10. Rehabilitationsleistungen belasten das Budget der Vertragsärzte nicht und sind unmittelbar aus dem Haushalt der Träger zu finanzieren womit das beschriebene Hemmnis beseitigt würde.
- 11 Die hier vorgeschlagene Regelung ist nicht mit Mehrkosten verbunden. Vergleicht man die Kosten der heutigen außerklinischen Intensivpflege, die sich ja auf Krankenbehandlung, pflegerische Versorgung und Heilmittelerbringung beschränkt, mit den Kosten der umfassenden Rehabilitation in neurologischen Rehabilitationskliniken, liegen die Kosten dort bei umfassender Leistungserbringung unterhalb der Kosten der heute nur kurativ und pflegerisch orientierten außerklinischen Intensivpflege.
12. Bei Einhaltung entsprechender, qualitativer Struktur- und Prozessanforderungen (zB. denen der DGAI können die Leistungen auch durch ambulante Rehabilitationsdienste bzw. im Rahmen der mobilen Rehabilitation im häuslichen Umfeld oder in den Einrichtungen der Reha Phase F.
13. Für die Menschen mit Behinderungen bedeutet die vorgeschlagene Komplexleistung im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine erhebliche ökonomische und soziale Entlastung. Derzeit haben sie bei den verschiedenen Einzelleistungen aus unterschiedlichen Gesetzen

erhebliche Zuzahlungen und Eigenanteile zu leisten, die sie und ihre Familien innerhalb eines Jahres unweigerlich zu Sozialhilfeempfängern macht. Daran ändert auch die geplante Entlastung unterhalb einer Einkommensschwelle von 100EUR nur bedingt etwas, weil die Zuzahlungen im Bereich der Krankenbehandlung fortbestehen.

Für die hier vorgeschlagene Regelung findet die Zuzahlung bei medizinischer Rehabilitation Anwendung. Sie soll für die vorgeschlagene Komplexleistung bei stationärer Ausführung – wie bei einer Anschlussrehabilitation für längstens 14 Tage im Kalenderjahr gezahlt werden. Nichtstationäre Rehabilitationsleistungen sind zuzahlungsfrei.

Vorschlag

§ 42 a

Außerklinische Intensivversorgung

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivversorgung. 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 im Entlassungsbericht zu dokumentieren.

(2) Die außerklinische Intensivversorgung umfasst neben den Leistungen nach § 42 Absatz 2 Nnr. 1 und 3 (außerklinische Intensivbehandlung) sowie 4 bis 6 und Absatz 3 (teilhabeorientierte Rehabilitation) auch die bedarfsgerechten pflegerischen Leistungen (Komplexleistung). Der Bedarf an Leistungen zur außerklinischen Intensivversorgung einschl. der Förderung der Teilhabe ist im Krankenhaus festzustellen. Die Krankenhaussozialdienste sorgen auf dieser Grundlage nach § 11 Abs. 4 SGB V für die nach dem individuellen Bedarf erforderliche Anschlussversorgung. Besteht außerhalb des Krankenhauses ein Bedarf an Intensivversorgung, kann diese nach § 19 SGB IX vom Berechtigten selbstbestimmt beantragt oder nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 oder 7 SGB V vom behandelnden Arzt verordnet werden.

(3) Art und Umfang der außerklinischen Intensivversorgung richtet sich nach dem durch das Krankenhaus oder nach § 13 Abs. 2 festgestellten individuellen Bedarf unter Berücksichtigung des Wunschrechts nach § 8. Sie wird im Haushalt des Versicherten durch geeignete Pflege- und Rehabilitationsdienste, in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen nach § 28 Abs. 1 SGB IX sowie in Pflegeeinrichtungen ausgeführt.

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

(5) Die Träger der medizinischen Rehabilitation nach § 6 Absatz 1, 3 und 5 vereinbaren bis zum 30.9.2020 in einer Gemeinsamen Empfehlung nach § 26 Absatz 2 Nr. 2 mit den für die in Absatz 3 genannten Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden Rahmenverträge nach § 38 Abs. 3 Satz 4 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 über die Rehabilitationsträger auf Bundesebene innerhalb eines Monats bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(6) Für die Vereinbarung der Versorgungsverträge mit den jeweiligen Leistungserbringern und deren Vergütung richtet sich nach §§ 37 und 38.

(7) Versicherte die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung für die Komplexleistung den sich nach § 61 Satz 2 des Fünften Buches ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme. Die nichtstationäre Leistungsausführung bleibt zuzahlungsfrei.

Begründung:

Zu Absatz 1:

Satz 1 begründet den Anspruch auf außerklinische Intensivversorgung als Leistung der Träger der medizinischen Rehabilitation (§ 6 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 3 SGB IX), die für die Berechtigten aus den verschiedenen medizinischen Indikationsbereichen und für unterschiedliche Altersgruppen medizinische Leistungen zur Rehabilitation erbringen

Satz 2 bezieht den über die Dekanülierung hinausgehenden, nicht planbaren Interventionsbedarf als Leistungen nach § 42 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB IX 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 der hier bestehenden Unterversorgung, wird mit dieser Bestimmung der Druck auf die Krankenhäuser bzgl. die 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 Intensivversorgung 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 Intensivversorgung.

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.

Die Bedarfsfeststellung des Krankenhauses bildet zugleich die erste Stufe der Ermittlung des vollständigen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe iSv § 13 Abs. 2 SGB IX.

Entsteht der Bedarf an Intensivversorgung unabhängig von einer Krankenhausleistung, kann er durch selbstbestimmten Antrag nach § 19 SGB IV oder durch ärztliche Verordnung nach § 73 Abs. 2 SGB V geltend gemacht werden. In beiden Fällen treten unmittelbar die Pflichten der Rehabilitationsträger nach § 13 Abs. 2 SGB IX ein.

Zu Absatz 3

Satz 1 stellt klar, dass der Anspruch auf Intensivversorgung 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.

Dies entspricht der mit diesem Vorschlag verbundenen **Zielsetzung**, die betroffenen behinderten Menschen nahtlos und so schnell wie möglich unabhängig von stationäre Aufhalten (Krankenhaus, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Wohn) zu machen und ihnen ein selbstbestimmtes Leben im eigenen häuslichen Umfeld oder im betreuten Wohnen zu ermöglichen.

Dabei ist das Wunschrecht des Berechtigten zu beachten.

Anders als beim RefE wird in diesem Vorschlag nicht auf § 43 SGB XI Bezug genommen. Damit sind alle Angebote der pflegerischen Versorgung erfasst (Abgesehen davon, dass § 71 Abs.1 SGB

XI auch ambulante Pflegedienste als „Pflegeeinrichtungen“ bezeichnet, erfasst dies auch das sogen. betreute Wohnen, nicht aber die „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 mehr als 40 Jahren 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 den Absätzen 5 und 6

Ob Leistungserbringer nach Absatz 3 zur Ausführung der Komplexleistung außerklinische Intensivversorgung geeignet ist und über die erforderliche Struktur- und Prozessqualität verfügt soll von den Rehabilitationsträgern auf der Basis eines auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vereinbarten bundeseinheitlichen Rahmenvertrages mit dem Abschluss der anbieterspezifischen Versorgungsverträge nach § 38 SGB IX geprüft werden. Dabei sind ausdrücklich die Bestimmungen zur Qualitätssicherung nach § 37 SGB IX anzuwenden. nach mit der Vereinbarung eines Versorgungsvertrages geprüft.

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.

Bei Streitigkeiten entscheidet die für die Rehabilitationsträger auf Bundesebene zuständige Aufsichtsbehörde (Bundesversicherungsamt).

Damit ist eine bundesweit einheitliche Rechtspraxis für diese Leistung gesichert.

Die Leistungserbringer sollen sich für die Vereinbarung des Versorgungsvertrages und die Gesamtvergütung ausschließlich im Rahmen des Neunten Sozialgesetzbuches bewegen können. Da die Leistungen nach § 42 Abs. 2 SGB IX auch die Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 SGB IX abbilden ist dies unproblematisch. Da die Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch Leistungen zur pflegerischen Versorgung beinhalten (insbesondere neurologische geriatrische Rehabilitation), treten insoweit keine Veränderungen im Verhältnis zum geltenden Recht ein.

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 und sich nach den Bestimmungen des SGB IX richten, nach denen nichtstationäre Leistungen zuzahlungsfrei sind.

Dies erscheint mit Blick auf die besondere Art und Schwere der Erkrankungen und Behinderungen der betroffenen Menschen sozialpolitisch angemessen.