



06.03.2023

Stellungnahme
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz – PUEG)

Das SGB XI regelt bereits die regelhafte Pflicht bei einer Pflegebegutachtung Empfehlungen zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu dokumentieren und darauf stützend mit Einwilligung des Versicherten ein Antragsverfahren zur medizinischen Rehabilitation einzuleiten. Dieses Verfahren wird im Gesetzentwurf weiterhin vorgesehen, was aus unserer Sicht einen wichtigen und richtigen Ansatz darstellt. Feststellbar ist aber auch, dass seit Einführung dieser Pflicht im Begutachtungsverfahren die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter rapide ansteigt und die Leistungen der GKV zur medizinischen Rehabilitation weiterhin nahezu auf dem gleichen Niveau verbleiben. Viele Versicherte wollen im Rahmen der Pflegebegutachtung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht (mehr) und verweigern ihre Einwilligung (s.u.). Aus unserer Sicht müssen Maßnahmen wie die medizinische Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit wesentlich früher erfolgen als erst im Rahmen der Pflegebegutachtung.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) wurde bereits das Genehmigungsverfahren für geriatrische Rehabilitationsleistungen vereinfacht. Regelungen zur Erleichterung und Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens und zur Beschleunigung des Zugangs sind dringend erforderlich. Dies ist essenziell, um dem stetig ansteigenden Pflegebedarf entgegenzuwirken. Notwendig ist dabei, die medizinische Überprüfung der ärztlichen Verordnung und nicht nur der Erforderlichkeit generell bei Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entfallen zu lassen. Denn auch Rehabilitationsleistungen in den Indikationen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie richten sich an ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und vermeiden Pflegebedürftigkeit. Ein ausschließlicher Fokus auf die geriatrische Rehabilitation kann dazu führen, dass die verordnenden Ärzte die teurere geriatrische Rehabilitation verordnen, obwohl diese nicht immer notwendig ist. Auch § 18 SGB XI beschränkt sich nicht auf geriatrische Leistungen, denn indikationsspezifische Reha-Leistungen zielen aufgrund des ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes ebenfalls auf Pflegevermeidung ab. Insofern sollte für alle verordneten oder vom Krankenhaus beantragten Reha-Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit auf Grundlage geeigneter Abschätzungsinstrumente (rehabilitationsmedizinischen Assessments) die Überprüfung durch die Krankenkassen entfallen und eine Direkteinleitung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgen.

Wichtig ist, dass die generelle Überprüfung der Erforderlichkeit durch die Krankenkassen entfällt, denn es gibt zahlreiche Bescheide der Krankenkassen, in denen die Rehabilitationsfähigkeit abgesprochen wird, obwohl der behandelnde Arzt die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose festgestellt hatte. Es muss klargestellt sein, dass die Krankenkasse nur noch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen kann.

Ein schneller Zugang zur Rehabilitation ist insbesondere auch bei Leistungen der Anschlussrehabilitation wichtig. Zwar ist im § 40 Abs. 3 SGB V vorgesehen, dass der G-BA in Richtlinien Fälle festlegen soll, in denen die Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung erbracht werden können. Der G-BA hat aber in der Richtlinie lediglich Fälle festgelegt, in denen keine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit erfolgen soll und dies auch nur in ausgewählten Indikationen. Dadurch wird ein schnelles und unbürokratisches Direktleitungsverfahren verhindert, obwohl dies der Wille des Gesetzgebers war. Insofern bedarf es einer ausdrücklichen Regelung, dass alle Anschlussrehabilitationsmaßnahmen direkt vom Krankenhaus eingeleitet werden dürfen, ohne dass es einer vorherigen Genehmigung bedarf.

Änderungsvorschlag

§ 40 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 SGB V werden wie folgt geändert und ein weiterer Satz eingefügt:

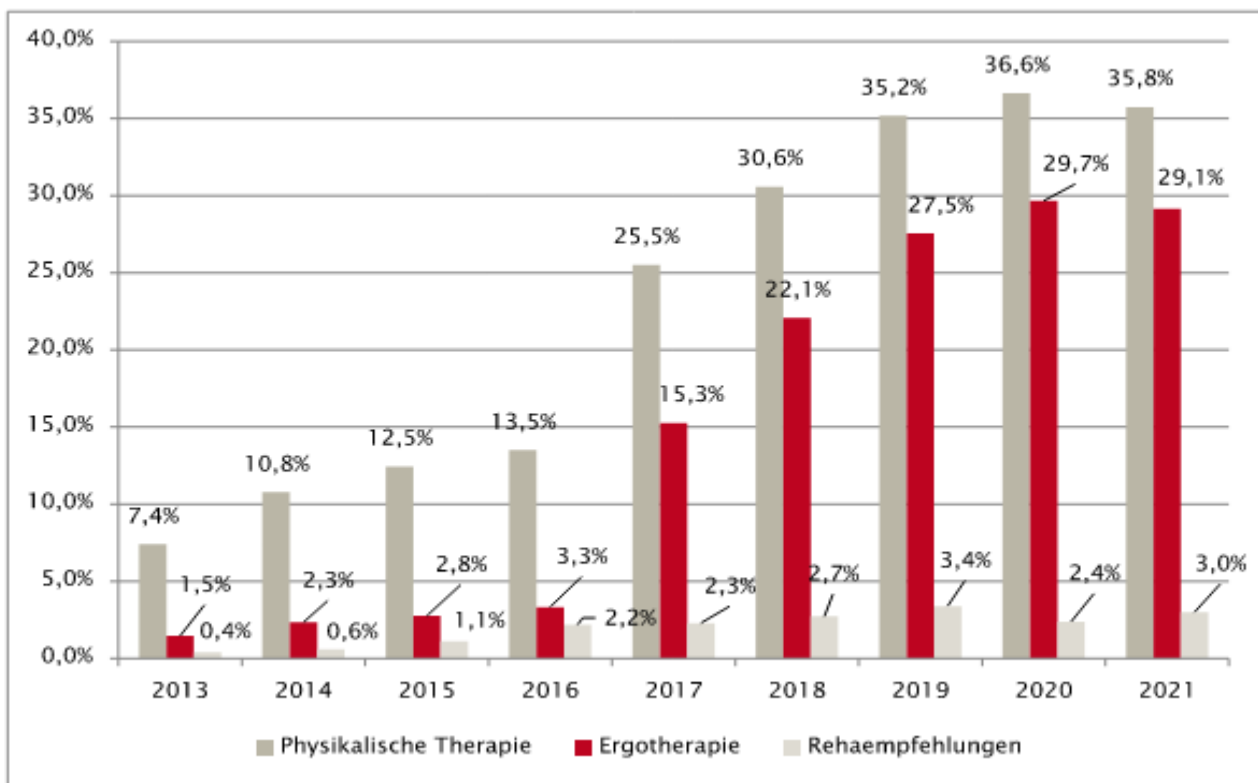
„Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten **geriatrischen** Rehabilitation **zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit** nicht überprüft, ob diese **medizinisch** erforderlich ist, sofern die **geriatrische Indikation drohende Pflegebedürftigkeit** durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. **Eine Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt kann vom Krankenhausarzt auf Grundlage eines Indikationskatalogs direkt eingeleitet werden, ohne dass es einer vorherigen Genehmigung bedarf.** Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der **medizinischen** Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt.“

Quellen:

Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen

Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – Berichtsjahr 2021, Seite 6:

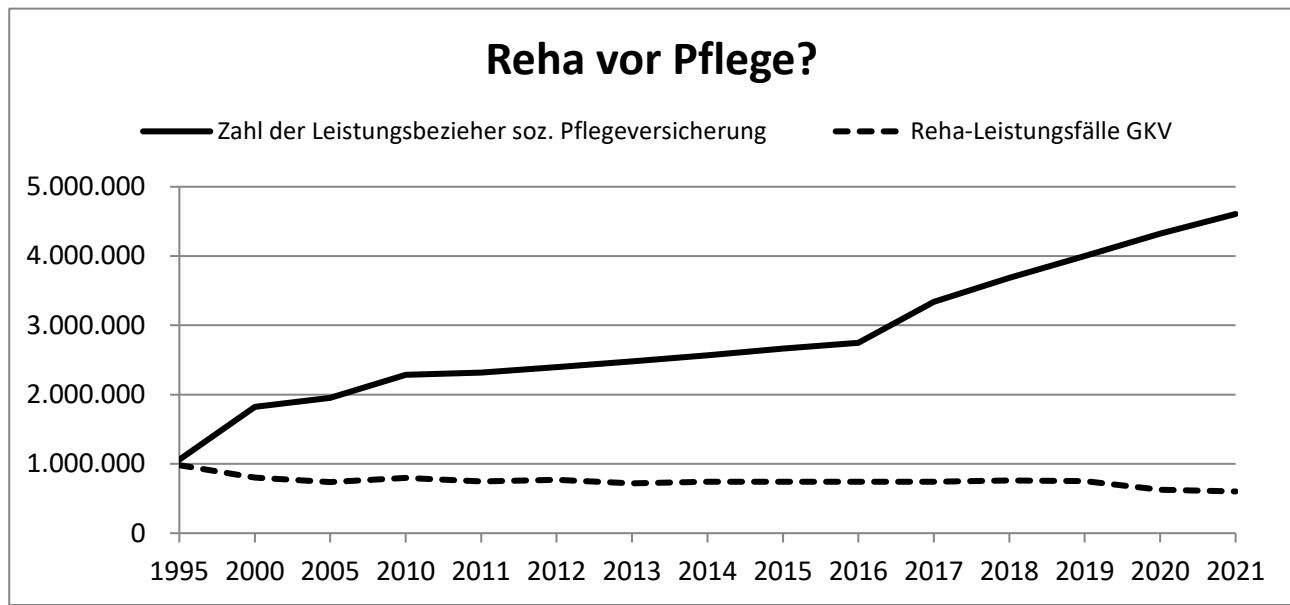
Abbildung 4-2: Empfehlungsquoten weiterer Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung



Einer positiven Rehabilitationsempfehlung des MD im Rahmen der Pflegebegutachtung folgt nicht in allen Fällen eine Einwilligung des Versicherten zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger und in die damit ausgelöste Antragstellung nach § 14 SGB IX (vgl. §§ 31 Abs. 3, 18a Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Von den ca. 69.800 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 20.200 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in 29 Prozent der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch den Pflege-Antragsteller erklärt.³ Somit ist die Einwilligungsquote im Vergleich zum ersten Corona-Jahr 2020, bezogen auf die erteilten Rehabilitationsempfehlungen, noch einmal gesunken. Sie lag im Jahr 2020 bei 33 Prozent (siehe Abbildung 4-3).



Anzahl der Leistungsbezieher soziale Pflegeversicherung und Anzahl der Leistungen medizinischen Rehabilitation der GKV (Quelle: BMG, eigene Darstellung)



Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.