

Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG)

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Referentenentwurf: 14.08.201

A. Problem und Ziel

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben einen umfassenden Leistungsanspruch, der ein hohes Versorgungsniveau nach anerkannten medizinischen Standards gewährleistet. Die geltenden leistungsrechtlichen Regelungen bedürfen an verschiedenen Stellen der Anpassung. Dies betrifft insbesondere die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation und zur außerklinischen Intensivpflege.

Die medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe, Körperfunktionen (wieder-) herzustellen und Aktivitäten zu ermöglichen, so dass Menschen sich in ihrem Alltag zurechtfinden oder wieder in diesen zurückfinden. Bei chronischen Erkrankungen liegt die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation darin, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen so weit möglich zu reduzieren und dauerhaften Beeinträchtigungen, wie einer Pflegesituation, vorzubeugen.

Im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ kann die medizinische Rehabilitation helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Ziel ist es, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Bedarf in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation soll deshalb erleichtert werden.

Für Versorgungs- und Vergütungsverträge über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine einheitlichen Grundsätze oder Empfehlungen. Auf Bundesebene sollen verbindliche Vorgaben vereinbart werden.

Für Vergütungsverträge gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Vergütungsanpassungen können deshalb bislang nicht über die Entwicklung der Grundlohnsumme hinausgehen. Bei erforderlichen Mehraufwänden der Einrichtungen soll davon abweichend eine Erhöhung der Vergütung im entsprechenden Umfang ermöglicht werden.

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in der jüngeren Vergangenheit stark zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland wird eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben. Gleichzeitig liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten und die Ausschöpfung von Potenzialen zur Beatmungsentwöhnung. Erhebliche Unterschiede in der Vergütung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im ambulanten Bereich einerseits und im stationären Bereich andererseits führen überdies zu Fehlanreizen in der Leistungserbringung. An die bedarfsgerechte Versorgung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege sind daher besondere Anforderungen zu stellen.

Ziel der Neuregelung zur außerklinischen Intensivpflege ist es,

- die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischem und pflegerischem Standard zu gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

Darüber hinaus zielt das Gesetz auf eine Verbesserung der längerfristigen stationären Beatmungsentwöhnung ab, um eine Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen zu vermeiden.

B. Lösung

Durch ein Bündel von Maßnahmen wird die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt. Gleichzeitig wird der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege neu gefasst.

Die vorgesehene Nichtanwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auf Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht es, dass Vergütungen bei erforderlichen Mehrausgaben der Einrichtungen, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entstehen, angepasst werden.

Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll zur Erleichterung und Beschleunigung des Verfahrens nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können.

Das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung wird gestärkt. Um mehr Transparenz zu erreichen wird geregelt, dass Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen.

Die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf werden in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt.

Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege werden künftig regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buch Sozialgesetzbuch erbringen, oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten, die strengen Qualitätsanforderungen unterliegen, erbracht. Die Eigenanteile, die die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in diesen vollstationären Pflegeeinrichtungen zu leisten haben, werden erheblich reduziert. In Ausnahmefällen kann die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht werden. Leistungen der außerklinischen Intensivpflege dürfen künftig nur von Leistungserbringern erbracht werden, die besondere Anforderungen erfüllen. Hierzu gehören beispielsweise der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit ärztlichen und weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern und die Durchführung eines internen Qualitätsmanagements.

Über die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege schließen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen ab. Diese müssen zu verschiedenen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien (bspw. personelle Ausstattung der Leistungserbringung) Regelungen treffen.

Krankenhäuser können im Rahmen des Entlassmanagements eine besondere ärztliche Anschlussbehandlung im Wege der stationären Weiterbehandlung durch ein anderes

Krankenhaus veranlassen. Für die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung wird die Finanzierungsgrundlage dafür durch Ermöglichung eines krankenhausesindividuellen Zusatzentgelts verbessert.

In den Verträgen über Krankenhausbehandlung auf Landesebene ist außerdem als zwingender Bestandteil zu vereinbaren, dass vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungsstatus erfolgt, damit Patienten mit Entwöhnungspotenzial identifiziert werden können.

Krankenhäuser, die keine Feststellung des Beatmungsstatus vornehmen, oder die trotz bestehendem Entwöhnungspotenzial von der maschinellen Beatmung keine Anschlussbehandlung veranlassen, müssen künftig Abschlüsse hinnehmen.