

# Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Stellungnahme des BDPK vom 28. Mai 2016 zur Anhörung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze. im Bundesministerium für Gesundheit am 30. Mai 2016.

In seiner Stellungnahme fordert der BDPK eine Änderung von § 40 SGB V, mit der erreicht werden soll, dass Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit rechtzeitig erbracht werden. Die Änderung ist erforderlich, damit drohende Pflegebedürftigkeit rechtzeitig vermieden werden kann. Nach derzeit geltender Rechtslage prüft der behandelnde Arzt zur Ausstellung der Verordnung umfangreich das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose. Diese Verordnung führt jedoch nicht zur Leistungserbringung, denn über die Durchführung der Leistung entscheidet abschließend die Krankenkasse, die wirtschaftlich keinen Vorteil aus der vermiedenen Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten zieht. Der Beurteilungsspielraum der Krankenkassen für diese medizinischen Tatbestände sollte beseitigt und die Rolle des Hausarztes bei der Verordnung von Reha-Leistungen gestärkt werden, damit die Chance besteht, rechtzeitig drohende Pflegebedürftigkeit zu verschieben.

Auch wird gefordert, festzulegen dass die Krankenkasse von der ärztlichen Verordnung nur auf der Basis eines sozialmedizinischen Gutachtens durch den MDK nach persönlicher Untersuchung abweichen darf. Im Gutachten müssen konkrete Behandlungsalternativen und deren zumutbare Verfügbarkeit aufgezeigt werden. Das Gutachten ist dem Versicherten zu übermitteln.

Eine Überprüfung der ärztlichen Verordnung sollte ausschließlich durch Ärzte des MDK erfolgen. Eine Begutachtung nach Aktenlage wird dem Versorgungsbedarf der Patienten nicht gerecht. Eine Abstimmung zwischen MDK-Gutachter und verordnendem Hausarzt ist notwendig, um eine adäquate Versorgung des Versicherten sicherzustellen. Aus diesem Grund sollten im Fall einer Ablehnung der beantragten Leistung auch konkrete Empfehlungen zu Behandlungsalternativen aufgezeigt werden.

Anlässlich einer Änderung in § 301 SGB V wird außerdem gefordert, Absatz 1 Nr. 8 zu streichen. Satz 8 ist entbehrlich, da Angaben zu den im Rahmen der Frührehabilitation erbrachten Leistungen bereits mit dem OPS übermittelt werden. Bislang erfolgte die Abrechnung durchgeführter frührehabilitativer Leistungen wie im Fall anderer Krankenhausleistungen durch die Übermittlung des Abrechnungsdatensatzes nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V. Erst seit Kurzem wird die separate Übermittlung nach § 301 Abs. 1 Nr. 8 zum Teil zusätzlich von Krankenkassen angefordert. Durch die Streichung könnte man Missverständnisse vermeiden und zur jahrelang gelebten Praxis der Datenübermittlung zurückkehren.