

19.07.2021

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes

A. Vorbemerkung

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. Gemäß § 92 Absatz 5 SGB V nimmt der BDPK folgend Stellung zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie.

Die im Gesetz zur Stärkung der Intensivpflege und Rehabilitation (IPReG) beschlossene Etablierung eines erleichterten Zugangs zur medizinischen Rehabilitation im Bereich der Geriatrie und einer nahtlosen Überleitung in die Anschluss-Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt kann die Patientenversorgung maßgeblich verbessern. Ziel des Gesetzgebers war im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zum einen die Stärkung der geriatrischen Rehabilitation, um älteren Menschen, die von Pflegedürftigkeit bedroht sind, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dies ist sowohl für jede einzelne Patientin und jeden Patienten essenziell als auch für die Entlastung der Solidargemeinschaft und Entschärfung des Fachkräftemangels in der Pflege von großer Bedeutung. Ein weiteres Ziel des Gesetzgebers war die Schaffung eines schnelleren Zugangs zu Anschlussrehabilitationen sowie eines einheitliches Zugangsverfahrens, so wie es von einzelnen Krankenkassen und in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits durchgeführt wird. Die beschlossenen Verbesserungen beim Zugang zur Anschlussrehabilitation sind im Sinne des Patientenwohls sehr wichtig, da ein verzögerter Beginn einer Anschlussrehabilitation gravierende gesundheitliche Folgen für die Patient*innen haben kann. Das IPReG hat mit den neuen Regelungen zur geriatrischen Rehabilitation und Anschlussrehabilitation eine gute Grundlage für die Verbesserung der Patientenversorgung geschaffen. Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung ist nun, dass die Regelungen in der Rehabilitations-Richtlinie entsprechend nachvollzogen und in der Versorgungspraxis etabliert werden.



B. Stellungnahme im Einzelnen

1. § 15 Geriatrische Rehabilitation

Gemäß § 40 Absatz 3 SGB V sollen Krankenkassen bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nicht mehr überprüfen, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Im § 15 der Rehabilitations-Richtlinie werden die entsprechenden Kriterien für das neue Direkt-Verordnungsverfahren festgelegt und in der Anlage II der Richtlinie geeignete Testverfahren für das geriatrische Abschätzungsinstrument aufgeführt.

Bezüglich der vom Vertragsarzt zu prüfenden und im Muster 61 darzulegenden Kriterien teilt der BDPK die Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV), der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung (PatV), dass bei Patient*innen mit einem Lebensalter 70 Jahre oder älter und einer geriatritypischen Multimorbidität das Direkt-Verordnungsverfahren anzuwenden ist. Wichtig ist aus Sicht des BDPK, dass wie in § 15 Abs. 3 der Reha-Richtlinie beschrieben, bei Patient*innen zwischen 60 und 70 Jahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität im Rahmen des regulären Verordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann.

In Bezug auf die Anzahl der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen (vgl. § 15 Abs. 2, Punkt 2), die vorliegen müssen, wenn die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation über das Direkt-Verordnungsverfahren erfolgen soll, unterstützt der BDPK den Vorschlag der DKG und PatV. Dieser besagt, dass analog der für die Geriatrie aktuell gültigen Regelwerke (Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation vom 02.07.2018, Rahmenempfehlung ambulante geriatrische Rehabilitation vom 02.01.2018, Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation vom 01.05.2007) die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt ist, wenn eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen vorliegen. Würden wie im Vorschlag des GKV-SV und der KBV zu den zwei geforderten geriatritypischen Diagnosen auch zwei rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen gefordert werden, würde die Hürde für das Direkt-Verordnungsverfahren höher als medizinisch nötig gelegt werden und weniger Patient*innen, die einen geriatrischen Reha-Bedarf haben, würden von einem vereinfachten Reha-Zugang profitieren.

Die in Anlage II der Reha-Richtlinie aufgeführten Funktionstests sind aus Sicht des BDPK geeignet, die aus den rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen und geriatritypischen Diagnosen resultierenden Schädigungen nachzuweisen. Das in den Tragenden Gründen beschriebene methodische Vorgehen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss benannten Expert*innen zur Auswahl und zum Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente ist entsprechend erläutert und aus Sicht des BDPK medizinisch-fachlich nachvollziehbar.

2. § 16 Anschlussrehabilitation

Der BDPK unterstützt die von der DKG, KBV und PatV vorgeschlagene Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskatalogs der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Durch die Möglichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt eine Überführung der Patient*innen in die Anschlussrehabilitation unmittelbar und unbürokratisch ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse zu veranlassen, können beeinträchtigte oder verlorengegangene Funktionen und Fähigkeiten der Patient*innen schnell und in einer stetigen Behandlungsabfolge wiederhergestellt oder verbessert werden. Eine Direktverlegung aus Krankenhäusern in Rehabilitationskliniken durch Verzicht auf ein Antragsverfahren verkürzt zudem die stationäre Gesamtverweildauer und vermeidet damit unnötige Kosten.

Entscheidend ist hierbei, dass das Direkteinleitungsverfahren für alle im AHB-Indikationskatalog der DRV Bund genannten Indikationen gilt. Das Anliegen des Gesetzgebers, die Bedeutung der Geriatrie zu berücksichtigen, wird in dem Vorschlag der DKG, KBV und PatV umgesetzt, indem für die geriatrische Anschlussrehabilitation die entsprechende Anwendung des Direkteinleitungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund gilt. Wie in den Tragenden Gründen zu § 16 von DKG, KBV und PatV dargelegt, bestätigen sozialmedizinische Expertengruppen der DRV seit Jahrzehnten die Bedeutung einer gezielten und unmittelbar anschließenden Rehabilitation im Anschluss an eine stationäre Krankenhausversorgung für die Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in das Alltags- und Erwerbsleben. Die im AHB-Indikationskatalog der DRV Bund genannten Indikationen begründen nach sozial-medizinischer Einschätzung der DRV typischerweise einen Rehabilitationsbedarf unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, sodass eine vorherige Überprüfung durch die Rentenversicherungsträger nicht erforderlich ist. Da die Indikationen in der Anschlussrehabilitation für DRV- und GKV-Versicherte übereinstimmen, ist aus

medizinischer und struktureller Sicht im Sinne der vom Gesetzgeber geforderten Vereinheitlichung der Zugangsverfahren eine Etablierung des Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV Bund im Bereich der GKV-Anschlussrehabilitation folgerichtig.

Die bedarfsgerechte Einleitung von Anschlussrehabilitationen wird wie von DKG, KBV und PatV in § 16 der Reha-Richtlinie beschrieben, dadurch gewährleistet, dass das Krankenhaus in einem ersten Schritt den Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit der Patient*innen beurteilt und durch die Rehabilitationseinrichtung dann in einem zweiten Schritt die verbindliche Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfolgt.

Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, ein vereinfachtes Verfahren lediglich in wenigen ausgewählten Diagnosen einzelner Indikationsgruppen gemäß dem AHB-Indikationskatalog der DRV Bund durchzuführen, ist aus Sicht des BDPK nicht sachgerecht, da die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation in Hinblick auf den Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit unabhängig von der Diagnose bzw. Indikation immer patientenindividuell beurteilt werden müssen. Die Auswahl der Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen, bei denen gemäß dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfallen kann, ist nicht evidenzbasiert. Der GKV-Spitzenverband liefert in seinen Ausführungen zu den Tragenden Gründen keine Informationen darüber, welche Leitlinien als Grundlage für die Entscheidungsfindung herangezogen wurden. Die Argumentation, dass lediglich bei den vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen die Teilhabe der Patient*innen bereits prästationär aufgrund massiver funktioneller Einschränkungen deutlich beeinträchtigt und der Krankenhausaufenthalt nicht selten durch schwere Komplikationen belastet ist, ist aus Sicht medizinisch-fachlich nicht nachvollziehbar.

Sollte nur bei wenigen Indikationen bzw. Diagnosen einzelner Indikationsgruppen die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit entfallen, würden viele Patient*innen keinen schnellen Zugang zu den von ihnen benötigten Anschlussrehabilitationsmaßnahmen erhalten. Dies würde sich zum einen kontraproduktiv auf die Mobilisation der Patient*innen und deren Reha-Erfolg auswirken. Zum anderen würden dadurch Kapazitäten im Krankenhaus bzw. in der Übergangs- und Kurzzeitpflege gebunden und Kosten verursacht werden, die vermieden werden könnten.

Auch die Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes, dass der Regelungsauftrag des G-BA bezüglich der Anschluss-Rehabilitation lediglich darin besteht, die Fälle festzulegen, in denen die medizinische Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse im Einzelfall nicht überprüft wird und weitergehende Regelungen zum Verwaltungsverfahren nicht im Regelungsbereich des G-BA liegen, teilt der BDPK nicht. Der Gesetzeswortlaut in §



40, Absatz 3 SGB V ist diesbezüglich zwar knapp gehalten, wird jedoch in der Gesetzesbegründung konkretisiert. Diese besagt eindeutig, dass die Gesetzesänderung die Ziele verfolgt, einen schnelleren Zugang zur Anschluss-Rehabilitation zu schaffen und ein einheitliches Verfahren herbeizuführen. Beide Ziele und damit verbunden eine Verbesserung der Patientenversorgung lassen sich nur erreichen, wenn das Verwaltungsverfahren zur Einleitung von Anschlussrehabilitationen im GKV-Bereich entsprechend dem Direkteinleitungsverfahren im DRV-Bereich angepasst wird.