

Auf dem Weg zur Verbesserung der außerklinischen Intensivpflege

IMMER MEHR Versicherte benötigen nach der Entlassung aus der Klinik weiter eine intensivpflegerische Versorgung. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz sollen ihre Bedarfe angemessener berücksichtigt und die Versorgung verbessert werden. Eine neue Richtlinie regelt Details. ▶ »Kein Gesetz verlässt den Bundestag so, wie es hineinkommt« – für kaum ein anderes Gesetz in der jüngsten Vergangenheit der Sozialgesetzgebung gilt dieser Spruch des verstorbenen Politikers Peter Struck mehr als für das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPREG). Der ursprüngliche Gesetzentwurf sah vor, dass die Intensivpflege mit Beatmung in den eigenen vier Wänden nur noch die Ausnahme sein soll. Sozial- und Behindertenverbände sahen darin zu Recht eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Versicherten. Dies hat auch der MDS in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf ausgedrückt. Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens sind daher erhebliche Änderungen vorgenommen worden. Am Ende ist ein Gesetz entstanden, das geeignet ist, die Versorgungsqualität zu verbessern.

Mit dem Gesetz wird die außerklinische Intensivpflege in eine eigenständige Leistung nach §37c SGB V überführt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht, sofern die Leistungsvoraussetzungen vorliegen, in allen Versorgungssettings. Dabei erhält keine Versorgungsform Vorrang gegenüber einer anderen. Bedingung ist jedoch, dass die Versorgung am vom Versicherten gewählten Leistungsort sichergestellt werden kann. Versicherten, die sich für eine stationäre Versorgungsform entscheiden, wird diese Entscheidung dadurch erleichtert, dass die Kosten dieser Versorgung – so wie bisher schon in der eigenen Häuslichkeit – weitgehend von den Krankenkassen übernommen werden.

Künftig ist zu gewährleisten, dass nur Patienten aus der Klinik entlassen werden, bei denen vorab das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder zur Entfernung der Trachealkanüle eingeschätzt und soweit möglich ausgeschöpft wird. Mit jeder Verordnung muss dieses

Potenzial neu eingeschätzt werden, es sei denn, es liegt auf Dauer kein Potenzial vor. Bevor die Krankenkassen über die Übernahme der Leistung entscheiden, ist der Medizinische Dienst mit einer Begutachtung am Leistungsort zu beauftragen, um die medizinischen Leistungsvoraussetzungen sowie die Sicherstellung der Versorgung am Leistungsort beurteilen zu können.

Zunehmende Bedeutung des Themas

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in den letzten Jahren enorm zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland werden zunehmend mehr Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen, die weiterhin intensivpflegerische Versorgung benötigen. Es gab und gibt jedoch immer wieder Hinweise auf eine Fehlversorgung. Dies gilt insbesondere für die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und -patienten. Nicht immer werden Potenziale zur Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle ausgeschöpft. Auch haben erhebliche Unterschiede bei der Vergütung sowie den Leistungen der Krankenversicherung für die außerklinische Intensivpflege im ambulanten und stationären Bereich zu Fehlanreizen geführt. Dies soll sich mit der Umsetzung des IPREG grundlegend ändern.

Das IPREG strebt folgende Ziele an:

- angemessene Berücksichtigung der besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter;
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards;
- Beseitigung von Fehlanreizen und Missbrauchsmöglichkeiten;
- Keine Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen.

Erarbeitung der Richtlinien und Zeitplan

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte den gesetzlichen Auftrag, Details zu den Verordnungsvoraussetzungen sowie zu Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege in einer Richtlinie zu regeln. Die neue Richtlinie zur außerklinischen

Jürgen Brüggemann
leitet den Bereich
Beratung Pflegeversicherung
beim MDS,
j.brueggemann@
mds-ev.de





Intensivpflege (AKI-Richtlinie) definiert auch die Qualifikationsanforderungen an die Ärztinnen und Ärzte, die berechtigt sind, die Leistung zu verordnen, sowie diejenigen, die Potenziale erheben. Im Vorfeld hatte der G-BA eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Dabei waren der MDS und die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste beteiligt und haben den GKV-Spitzenverband beraten.

Zwischen Mitte 2020 und Herbst 2021 wurde der Richtlinienentwurf in mehr als 40 Arbeitsgruppensitzungen diskutiert. Ursprünglich sollte die Richtlinie bis Ende Oktober 2021 beschlossen werden. Doch auch angesichts eines breit angelegten Stellungnahmeverfahrens (zuletzt wurden ca. 80 Stellungnahmen ausgewertet) erwies sich das als nicht praktikabel. Auch wenn das Thema komplex ist und die Positionen von Krankenkassen, Ärzteschaft, Krankenhäusern und Patientenvertretern unterschiedlich sind, wollten doch alle Beteiligten einen Kompromiss finden. Schließlich konnte die Richtlinie am 19. November 2021 vom G-BA beschlossen werden. Eine rechtliche Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit steht noch aus. (Download des Beschlusses unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5142/>)

Um zu gewährleisten, dass alle an der Umsetzung der Richtlinie beteiligten Akteure eine angemessene Vorbereitungszeit haben, soll die Richtlinie zum 1. Januar 2023 in Kraft treten. Schließlich gilt es, zuvor die Ärzteschaft über die Inhalte der Richtlinie und die Anforderungen an die Verordnung zu informieren, das Verordnungsformular und einen Behandlungsplan zu entwickeln, die Umsetzung des Verwaltungsverfahrens durch die Krankenkassen sowie die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu organisieren.

Rahmenempfehlungen in Vorbereitung

In einem nächsten Schritt müssen der GKV-Spitzenverband und die Trägervereinigungen für alle Versorgungssettings unter Einbeziehung des MDS und unter Berücksichtigung der AKI-Richtlinie des G-BA bis zum 31. Oktober 2022 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vereinbaren. Darin sind insbesondere Qualifikationsanforderungen und Personalbedarf,

strukturelle Anforderungen einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen, Anforderungen an die Zusammenarbeit und an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, Maßnahmen zur Fortbildung, Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen, zum Abrechnungsverfahren sowie zu Vergütungen zu definieren.

Diese Rahmenempfehlungen sind die Leitplanken, die bei den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zugrunde zu legen sind (§132l Abs. 5 SGB V). Die Verträge müssen von den Krankenkassen zukünftig gemeinsam und einheitlich mit geeigneten und zuverlässigen Leistungserbringern geschlossen werden. Nur mit einem solchen Vertrag kann künftig die außerklinische Intensivpflege erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Der Medizinische Dienst begutachtet jährlich

Die Feststellung, ob die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind und die Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist, trifft die Krankenkasse künftig nach persönlicher Begutachtung des Medizinischen Dienstes am Leistungsort (§37c Abs. 2 SGB V). Die Feststellung ist jährlich auf der Grundlage einer erneuten Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu treffen.

Mit dem Ziel einer einheitlichen Umsetzung der Begutachtung wird die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste nun einen Begutachtungsleitfaden erarbeiten. Dabei sind sowohl die Richtlinie des G-BA (medizinische Voraussetzungen etc.) als auch die Rahmenempfehlungen der Vertragspartner auf Bundesebene (Anforderungen an die Qualität, Hinweise zu den Anforderungen an den Leistungs-ort) zu berücksichtigen. Eine Arbeitsgruppe ist bereits eingerichtet. 