

Stellungnahme zur Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und weitere Änderungen

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
15.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 15 Absatz 2 Nr. 2: Vorliegen von mindestens <u>einer</u> rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose</p>	<p>Die durch das IPReG veranlassten Änderungen in § 40 Absatz 3 SGB 5 sehen vor, dass die Krankenkassen bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nicht mehr überprüfen, sofern die geriatrische Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich geprüft wurde, um mögliche Zugangshürden für Patient*innen abzubauen.</p> <p>§ 15 Absatz 1 der Rehabilitations-Richtlinie trägt diesem Vorhaben durch die Festlegung entsprechender Kriterien für das neue Direkt-Verordnungsverfahren und die Ausführung geeigneter Testverfahren Rechnung. Bezüglich der vertragsärztlich zu prüfenden und im Ordnungsformular Muster 61 darzulegenden Kriterien teilt der Paritätische Gesamtverband die Position, dass bei Patient*innen mit einem Lebensalter von 70 Jahren oder älter und einer geriatrischen Multimorbidität das Direkt-Verordnungsverfahren anzuwenden ist.</p> <p>Hinsichtlich der Anzahl der rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen als Voraussetzung für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation per Direkt-Verordnungsverfahren unterstützt der Paritätische Gesamtverband die Forderung der DKG sowie der PatV. Die aktuell gültigen Regelwerke besagen, dass die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation hinreichend belegt ist, wenn <u>eine</u> rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatrische Diagnosen vorliegen. Folgt man der Forderung des GKV-SV und der KBV nach zusätzlich <u>zwei</u> rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen, gestalten sich die Hürden für das Direkt-Verordnungsverfahren höher als medizinisch notwendig, wodurch ernsthafte Zweifel an dem eingangs benannten Ziel der Reduktion von Zugangsbarrieren für potenzielle Reha-Patient*innen anzumelden sind.</p>

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	
15.07.2021	
	Zur Klärung der Begriffsfassung wird zudem darum gebeten, den Begriff der „Funktionsdiagnose“ in der Richtlinie zu definieren.
Zu § 15 Absatz 3: <u>Beibehaltung</u> der Möglichkeit einer geriatrischen Rehabilitation für Patient*innen über 60 und unter 70 Jahren	Wichtig ist aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbands, dass – wie in § 15 Abs. 3 der Rehabilitations-Richtlinie beschrieben – bei Patient*innen über 60 und unter 70 Jahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatrischen Multimorbidität im Rahmen des regulären Ordnungsverfahrens auch weiterhin eine geriatrische Rehabilitation verordnet werden kann.
Zu § 15 Absatz 6: Hinweis der PatV zur <u>Möglichkeit der Beantragung</u> einer geriatrischen Rehabilitation bei der Krankenkasse in Richtlinie aufnehmen	Der Paritätische Gesamtverband unterstützt den Vorschlag der PatV entsprechend des § 16 Absatz 1 SGB I zur Mitaufnahme des Hinweises auf die Möglichkeit der direkten Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation bei der Krankenkasse. Das strikte Verweisen auf den vertragsärztlichen Ordnungsweg schränkt die Rechte der gesetzlich Versicherten unnötigerweise ein. Das gilt, wie in den tragenden Gründen durch die PatV bereits ausgeführt wird, insbesondere für Patient*innen, (1) die mit dem vertragsärztlich diagnostizierten Nichtvorliegen einer geriatrischen Indikation entgegen ihrer eigenen Einschätzung nicht einverstanden sind; (2) deren Hausarzt/ Hausärztin keine Kassenzulassung hat; und/ oder (3) die in ländlichen Regionen leben und aufgrund des Ärzt*innenmangels an keine hausärztliche Praxis angebunden sind. Ferner verschafft diese Regelung auch den Sachbearbeiter*innen der Krankenkassen mehr Handlungs- und Rechtssicherheit.
Zu § 15 Absatz 7: Hinweis der PatV zur vertragsärztlichen medizinischen <u>Begründung einer Verkürzung</u> der Regeldauer einer geriatrischen Rehabilitation in Richtlinie aufnehmen	Durch das IPReG wurde in § 40 Absatz 3 Satz 13 SGB V eine Regeldauer der geriatrischen Rehabilitation von 20 Behandlungstagen (ambulant) oder drei Wochen (stationär) festgelegt. Analog zu dieser gesetzlich bestimmten Regeldauer muss eine davon abweichende, verkürzte Dauer der geriatrischen Rehabilitation aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes vertragsärztlich in der Verordnung angegeben und medizinisch begründet werden, d. h. ob und wie die Rehabilitations-Ziele früher zu erreichen sind.

<p>Zu § 16:</p> <p>Festlegung des Paragraphen entsprechend der Vorschläge von <u>DKG, KBV und PatV</u></p>	<p>Der Paritätische Gesamtverband unterstützt die DKG, die KBV sowie die PatV in ihrem Vorschlag, ein Direkteinleitungsverfahren von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV zu etablieren. Die Möglichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt einen nahtlosen Übergang der Patient*innen in eine notwendige Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse veranlassen zu können, d. h. unverzüglich und ohne großen bürokratischen Aufwand, eröffnet die Chance, beeinträchtigte oder verlorengegangene Funktionen oder Fähigkeiten der Patient*innen umgehend und in einer lückenlosen Behandlungsabfolge zu verbessern oder wiederherzustellen und damit die Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in das Alltags- und Erwerbsleben schnellstmöglich zu bewerkstelligen. Zudem verkürzt ein Direkteinleitungsverfahren ohne aufwendiges Antragsverfahren die stationäre Gesamtverweildauer und vermeidet damit abwendbare Kosten. Wichtig ist jedoch, dass das Direkteinleitungsverfahren bei <u>allen</u> im AHB-Indikationskatalog der DRV aufgeführten Indikationen Anwendung findet.</p> <p>Die im Katalog aufgeführten Indikationen begründen nach sozial-medizinischer Einschätzung in der Regel einen unmittelbaren Rehabilitationsbedarf nach einem Krankenhausaufenthalt, sodass auf eine vorherige Überprüfung durch die Rentenversicherungsträger verzichtet werden kann.</p> <p>Da sich die Indikationen für DRV- und GKV-Versicherte im Rahmen der Anschlussrehabilitation gleichen, ist sowohl aus medizinischer als auch struktureller Sicht die Etablierung eines Direkteinleitungsverfahrens von Anschlussrehabilitationen in den Indikationen und unter den Voraussetzungen des AHB-Indikationskataloges der DRV im Bereich der GKV-Anschlussrehabilitationen folgerichtig und zudem ganz im Sinne der vom Gesetzgeber geforderten Vereinheitlichung der Zugangsverfahren.</p> <p>DKG, KBV und PatV beschreiben in § 16 der Rehabilitations-Richtlinie eine bedarfsgerechte Einleitung von Anschlussrehabilitationen. Diese wird dadurch gewährleistet, dass zunächst das behandelnde Krankenhaus den die Rehabilitationsbedürftigkeit sowie die Rehabilitationsfähigkeit der Patient*innen beurteilt und in einem zweiten Schritt dann seitens der Rehabilitationseinrichtung die verbindliche</p>
---	---

	<p>Feststellung der medizinischen Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation erfolgt.</p> <p>Die Forderung des GKV-SV, ein vereinfachtes Verfahren lediglich bei bestimmten Diagnosen einzelner Indikationsgruppen gemäß dem AHB-Indikationskatalog der DRV einzuleiten, ist aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes nicht sachgerecht, da die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation im Sinne der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Rehabilitationsfähigkeit unabhängig von der Diagnose individuell, ressourcen- und fähigkeitsorientiert mit dem*der Patient*in beurteilt werden müssen.</p> <p>Ferner möchten wir darauf aufmerksam machen, dass es kein bundesweit etabliertes Anschlussrehabilitations-Verfahren bei psychischen Erkrankungen gibt. Zurzeit bleiben viele Menschen mit psychischen Störungen nach einer stationären Akutbehandlung unversorgt. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen findet keine ausreichende berufliche Rehabilitation statt. Der Weg zur echten Teilhabe wird dadurch unnötig verlängert. Eine Weiterentwicklung der (sozial-) psychiatrischen Versorgung muss diese Leerstelle aus unserer Sicht dringend füllen.</p>
--	---