

STATUS QUO IPREG

02.03.2023

Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz

Bundesgesundheitsminister Spahn: „Intensivpflege wird besser“

- Intensiv-Pflegebedürftige sollen besser versorgt werden
- Fehlanreize in der Intensivpflege beseitigt werden
- Selbstbestimmung der Betroffenen gestärkt werden
- Zugang zur medizinischen Rehabilitation verbessert werden

Das sind die Ziele des „Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IPReG).

Quelle: BMG

Wie soll das erreicht werden?

Intensiv-Pflegebedürftige sollen dort versorgt werden können, wo es für sie am besten ist. Das darf keine Frage des Geldbeutels sein.

- Deswegen wird es verbindliche Qualitätsvorgaben für die Intensivpflege zu Hause geben
- die Intensivpflege in stationären Einrichtungen wird für den Patienten bezahlbar.
- Krankenhäuser und Heime werden verpflichtet, ihre Patienten wenn möglich von künstlicher Beatmung zu entwöhnen.

So stärken wir die Versorgung gerade der Patienten, die oftmals nicht mehr für sich selbst die Stimme erheben können.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (Quelle: BMG)

Die wesentlichen Regelungen der außerklinischen Intensivpflege

- Es wird ein **neuer Leistungsanspruch** auf außerklinische Intensivpflege in das SGB V aufgenommen.
- Nur besonders **qualifizierte** Ärztinnen und Ärzte dürfen außerklinische Intensivpflege verordnen.
- Außerklinische Intensivpflege kann in Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, in qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohneinheiten, in der **eigenen Häuslichkeit** sowie in geeigneten Orten, wie z.B. betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten erbracht werden.
- Damit Patientinnen und Patienten in der Intensivpflege **dauerhaft qualitätsgesichert** versorgt werden, haben die Medizinischen Dienste im Auftrag der Krankenkassen im Rahmen einer persönlichen Begutachtung am Leistungsort jährlich insbesondere zu prüfen, ob die medizinische und pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann.
- Damit die Unterbringung in einer stationären Einrichtung nicht aus finanziellen Gründen scheitert, werden Intensiv-Pflegebedürftige in **stationären Pflegeeinrichtungen** weitgehend von **Eigenanteilen** entlastet.
- Bei allen Patientinnen und Patienten, bei denen eine **Entwöhnung von der Beatmung** möglich erscheint, soll vor Entlassung aus dem Krankenhaus ein Entwöhnungsversuch erfolgen. Dafür werden Anreize gesetzt und eine zusätzliche Vergütung gezahlt. Wird ein Entwöhnungsversuch nicht veranlasst, drohen Vergütungsabschläge.
- Nur **qualitätsgeprüfte Pflegedienste** dürfen außerklinische Intensivpflege erbringen. Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden bundeseinheitlich in **Rahmenempfehlungen** formuliert.

Die wesentlichen Regelungen zur medizinischen Rehabilitation

- Der **Zugang zur medizinischen Rehabilitation** wird erleichtert: Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte stellen die medizinische Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation fest. Die Krankenkassen sind an diese Feststellung gebunden. Bei anderen Indikationen kann die Krankenkasse von der Verordnung nur nach Überprüfung durch den Medizinischen Dienst abweichen.
- Die Regeldauer der **geriatrischen Rehabilitation** wird auf 20 Behandlungstage (ambulant) bzw. drei Wochen (stationär) festgelegt.
- Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird gestärkt: Der **Mehrkostenanteil**, den Versicherte tragen müssen, wenn sie eine andere als die von der Krankenkasse zugewiesene Reha-Einrichtung wählen, **wird halbiert**. Die Mindestwartezeit für eine erneute Reha von Kindern und Jugendlichen wird gestrichen.
- Damit Reha-Einrichtungen ihren Pflegekräften angemessene Gehälter zahlen können, wird die **Grundlohnsummenbindung** für Vergütungsverhandlungen **aufgehoben**. Auf Bundesebene werden Rahmenempfehlungen geschlossen, um einheitliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen.

Quelle (BMG)

Chronologie der Umsetzung

Inkrafttreten des IPReG am 30.10.2020

- Sofortige Umsetzung der Kostenfreistellung der betroffenen Patienten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen

Inkrafttreten der Richtlinien des G-BA am 18.03.2022

- Festlegung der Ziele und Leistungsinhalte. Definition der Potenzialerhebung für Entwöhnung von der Beatmung. Qualifikation der behandelnden und verordnenden Ärzte.

Festlegung des Verordnungsmuster 62 A-C am 30.05.2022

- Dreiteilige Verordnung mit Befunderhebung, Verordnung und Behandlungsplan

Bundesrahmenempfehlungen sind noch in der Verhandlung

- Die BRE hätten bis zum 30.11.2022 verabschiedet werden (müssen). Dieses Ziel wurde nicht erreicht, derzeit befinden sie sich im Schiedsverfahren.
- Vermutliche Veröffentlichung am 30.06.23 (?)

Verlängerung der Übergangsregelung Intensiv-HKP → Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 23.12.2022

- Verordnung der Intensiv-HKP auf dem bekannten Muster 12 (zunächst) bis zum 30.10.2023.

Begleitende Aktivitäten

- Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 8 KHEntgG über das Nähere zu Abschlüssen bei Nichteinschätzung des Beatmungsstatus/Beatmungsentwöhnungspotentials und fehlender Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zum 01.04.2022.
- Einführung der extrabudgetären Vergütung für die Verordnung und Koordination der AKI am 24.11.2022. In Kraft ab dem 01.12.2022 bzw. am 01.01.2023. EBM – GOP-Ziffer 37.7. Ist grds. auch per Videosprechstunde abrechenbar.

Ärztliche Qualifikation und Genehmigung der KV

Voraussetzung für die Berechnung der neuen GOP ist, dass diese nach den Vorgaben der neuen Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ausgeführt werden.

Außerdem ist für die Berechnung einiger Leistungen eine bestimmte Qualifikation nachzuweisen beziehungsweise eine Genehmigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu beantragen.

AKTIVITÄTEN AUF KASSENSEITE

Rundschreiben des GKV-SV zur einheitlichen Auslegung der verlängerten Übergangsregelung

Einheitliches Verständnis der Regelung zur Außerklinischen Intensivpflege beim GKV-SV

Arbeitsgruppen auf Länderebene zwischen Krankenkassen und MD zur Umsetzung der Begutachtung

Neue Begutachtungs-RL des MD für die AKI

Erfahrungsaustausche der Kassenvertreter

Festlegung der Abrechnungspositionsnummern, des Abrechnungscode für den DTA der AKI

Bundes- und länderbezogene Arbeitsgruppen zur Umsetzung der einheitlichen Verhandlung nach Verabschiedung der BRE

Erfahrungsaustausche

Technische Umsetzung – IT-Anpassung

Beispielhafte Offene Praxisfragen

Derzeit gehen nur wenige Verordnungen Muster 62 ein. Nachwievor fast ausschließlich Muster 12 – Verordnungen.

Problem: MD kann die neue Begutachtung nicht „üben“.

Problem: Umgang mit dem Übergang Muster 12 zu Muster 62. Reichen hier Teil B und C aus? Bei Bestandsfällen wird Teil A gar nicht ausgefüllt. Tendenz: Im Einzelfall zu beurteilen, wenn in der Vergangenheit keine Potenzial, Verzicht auf Teil A.

Problem: Muss bei Bestandsfällen eine Erst-VO ausgefüllt werden oder reichen Folge-VO auf Muster 62 aus? Tendenz: Bei Altfällen reichen Folge-VO aus.

Vertragsverhandlungen:

Problem: Muss nach Veröffentlichung der BRE bei Vergütungsverhandlungen bereits kasseneinheitlich verhandelt werden und ein komplett neuer Vertrag nach § 132 I SGB V geschlossen werden?

Tendenz: Eher nicht, sondern komplette Übergangszeit ausnutzen, da keine ausreichenden Ressourcen für Verhandlungen.



Ausblick

Praxisprobleme in der Umsetzung und des Übergangs werden sukzessive gelöst.

Wichtigster Faktor ist die ausreichende Verfügbarkeit qualifizierter und „behandlungsbereiter“ Ärzte in der ambulanten Versorgung entsprechend der AKI-Richtlinien.

Hier wurden auf Seite der KV Anstrengungen unternommen: ob diese ausreichen, wird sich zeigen.

Aus Sicht der IKK classic ist eine weitere Verlängerung der Übergangsregelung über den 30.10.2023 hinaus nicht auszuschließen.

Trotz zeitlicher Verzögerungen werden die Regelungen des IPReG umgesetzt.

Vorbehalt: Politische Eingriffe.



VIELEN DANK