



# IPREG aus Sicht eines Kostenträgers

# Ziel des IPREG

## Gesetzesbegründung

### 1. Versorgungssicherheit:

- die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen und diesen durch eine sachgerechte Allokation vorhandener Ressourcen Rechnung zu tragen,
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten und
- Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

### 2. Fallvermeidung:

Darüber hinaus zielt das Gesetz auf eine Verbesserung der längerfristigen stationären Beatmungsentwöhnung ab, um eine Überführung von Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen zu vermeiden.

*Im Text wird – aus Gründen der einfacheren Sprache und ohne jede Diskriminierungsabsicht – ausschließlich die männliche Form verwendet. Grundsätzlich sind damit alle Geschlechter mit einbezogen.*

# Leistungsansprüche

## Regelungsinhalt (§ 37c Abs. 1 SGB V)

**Neue Leistung** = Außerklinische Intensivpflege (AKI). Gehört **nicht mehr** zur Häuslichen Krankenpflege. Bei Leistungen zur AKI besteht kein Anspruch auf Häusliche Krankenpflege.

Verordnung durch besonders qualifizierte Ärzte.

Festlegung des Therapieziels mit den Versicherten unter ggf. Einbeziehung palliativer Kompetenz.

Bei beatmeten und/oder tracheotomierten Patienten, ist bei jeder Verordnung von AKI das Potenzial zur Entwöhnung/Dekanülierung zu erheben und auf das Ziel hinzuwirken.

An der Erhebung sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte oder Krankenhäuser berechtigt zu diesem Zweck an der Versorgung teilzunehmen.

Der G-BA definiert innerhalb eines Jahres nach Verkündung (voller Monat) zielgruppenbezogen (Kinder bis 18, Jugendliche, Erwachsene) den besonders hohen Behandlungsbedarfsbedarf und weiter die Anforderungen an die an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer sowie die besonderen Qualifikationen der verordnungsberechtigten Ärzte und das Verfahren zur Dokumentation der Erhebung.

**Keine Ersatzvornahme durch Gesetzgeber, wenn der G-BA die Frist nicht einhält.**

### Anmerkungen:

- *war neue Leistung erforderlich?*
- *neues VO-Muster erforderlich*
- *separates Schlüsselverzeichnis*
- *eigenes DTA-Verfahren*
- *Fristversäumnis des G-BA folgenlos*
- *technische Anpassungen*
- *ärztliche Ressourcen*

# Ort der Leistungserbringung (§ 37c Abs. 2 SGB V)

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI (Pflegeheime)

Teilhabeinrichtungen nach § 43a SGB XI (z. B. Förderschulen, Einrichtungen der Behindertenhilfe)

Wohngemeinschaften ab zwei Bewohnern

Eigener Haushalt, in der Familie oder sonst geeigneten Orten (betreutes Wohnen, Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für Behinderte)

Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. Maßstab ist dabei, ob die medizinisch – pflegerische Versorgung sichergestellt ist oder durch entsprechende Maßnahmen nachgebessert werden kann. Über Nachbesserungen schließen Krankenkasse und Versicherter eine Zielvereinbarung.

## *Was ist unter berechtigten Wünschen zu verstehen?*

*Auszug BT-Drucksache:*

*„...Bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist Wünschen der Leistungsberechtigten hinsichtlich des Orts der Leistung Rechnung zu tragen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann...“*

*Wichtig:* *Evtl. Kosten für*

*Nachbesserungsmaßnahmen z. B. Umbau, Möblierung etc., muss der Versicherte selber tragen, soweit nicht Leistungen der Wohnumfeldverbesserung nach dem SGB XI in Betracht kommen.*

# Aufgaben des Medizinischen Dienstes (§ 37c Abs. 2 SGB V)

- Medizinischer Dienst (MD) prüft durch persönliche Begutachtung am Leistungsort ob die Voraussetzungen für AKI vorliegen und ob der Leistungsort geeignet ist.
- Die Krankenkasse ist verpflichtet, jährlich eine Überprüfung durch den MD (persönliche Begutachtung) zu veranlassen. Auf Verlangen der Krankenkasse kann anlassbezogen auch vorzeitig begutachtet werden.
- Verweigert der Versicherte das Einverständnis zur Begutachtung, so **kann in Fällen der WG-**Versorgung und Häuslichkeit die Leistung an dem Leistungsort versagt werden und auf die Leistung in der vollstationären Pflege-einrichtung bzw. Teilhabe-einrichtung verwiesen werden.
- Qualitätsprüfungen des MD sind zukünftig grds. in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Wohngemeinschaften unangemeldet.

## Auszüge aus BT-Drucksache:

*„...Die Krankenkasse hat dabei in jedem Fall den Medizinischen Dienst (MD) mit einer Begutachtung zu beauftragen (vgl. § 275 Absatz 2). Eine persönliche Begutachtung ist aufgrund der komplexen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter und der Berücksichtigung des Leistungsortes, der aufgesucht werden muss, angezeigt; eine Entscheidung nach Aktenlage ist ausgeschlossen. Der MD hat im Rahmen dieser Begutachtung zu prüfen, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann...“*

*„...Daher ist es in diesen Fällen angezeigt, die Versicherten auf einen Leistungsort zu verweisen, an dem nach den sonstigen Vorschriften zur Qualitätssicherung und des Heimrechts ein Mindestmaß an Güte der medizinischen und pflegerischen Versorgung vorausgesetzt werden kann...“*

**Anmerkung: Dann muss die Verweigerung aber dauerhaft sein.**

# Vollstationäre Pflegeeinrichtung § 37c Abs. 3 SGB V

In vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI besteht der Anspruch des Versicherten auf die über die Leistungen der Pflegekasse hinausgehenden Kosten für:

- Pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Betreuung
- Medizinische Behandlungspflege
- Betriebsnotwendige Investitionskosten
- Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI

Entfällt der Anspruch auf AKI werden die Leistungen noch für 6 Monate weitergewährt soweit noch Pflegebedürftigkeit ab PG 2 vorliegt.

Die Krankenkassen können darüber hinaus in ihrer Satzung festlegen, dass die Kosten auch noch länger vollständig getragen werden.

## Überlegungen:

*Bestandsfälle können höhere Kosten verursachen.  
Verlagerung Sozialhilfe  $\longrightarrow$  Krankenkassen.*

*Subjektiv ungerecht gegenüber anderen  
Pflegebedürftigen.*

*Satzungsregelung der Krankenkasse in Praxis  
fraglich, da teuer und ggf. Entlastung eines anderen  
Trägers und nicht der Versicherten.*

*Unklar ob Kostenfreistellung mit Inkrafttreten gilt,  
oder erst ab Abschluss neuer Verträge.*

# Zuzahlungen § 37c Abs. 4 SGB V

## **In vollstationären Einrichtungen, Teilhabeeinrichtungen und Wohngemeinschaften:**

10 € pro Tag begrenzt auf 28 Kalendertage im  
Kalenderjahr. Also max. 280 €.

## **In der Häuslichkeit:**

analog HKP = 10 € pro Verordnung und 10 % der  
Kosten max. bis 28 Kalendertage pro Kalenderjahr.

## **Auszüge aus BT-Drucksache:**

„...Wird die außerklinische Intensivpflege in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht, handelt es sich um eine besonders personal- und kostenintensive Leistung, zu der eine – im Rahmen der geltenden Belastungsgrenzen – höhere Zuzahlung sachgerecht ist...“

„...In allen Fällen haben die Versicherten die Zuzahlungen nur bis zum Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 zu leisten...“

## **Anmerkungen:**

*Hoher Verwaltungsaufwand und keine Steuerungswirkung, da ohnehin mehr als 95 % der betroffenen Versicherten unter die Härtefallregelung des § 62 SGB V fallen und nur bis zu 1% des Einkommens belastet werden.*



# Verträge

# Rahmenempfehlungen zur flächendeckenden Versorgung § 132L Abs. 1 und 2 SGB V

## Neue Vertragsgrundlage = § 132L SGB V

GKV-SV, Interessenvertreter Bund der Pflegeeinrichtungen sowie Medizinischer Dienst  
Müssen gemeinsame Rahmenempfehlungen – nach dem die Richtlinien des G-BA vorliegen – innerhalb von 24 Monaten nach Verkündung des Gesetzes verabschieden.

### Reihenfolge:

1. Richtlinien des G-BA = 12 Monate Zeit
2. Rahmenempfehlungen innerhalb weiterer 12 Monate

**Gesamt 2 Jahre.**

Ersatzvornahme bei Rahmenempfehlungen durch Schiedsstelle wenn keine Einigung zustande kommt.

**Die Dauer hängt also primär vom G-BA ab.**

### Inhalte:

- Personelle Anforderungen und Personalbedarf
- Strukturelle Anforderungen an WG'n einschließlich baulicher Anforderungen
- Zusammenarbeit der Ärzte, Leistungserbringer, Krankenhäuser und weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement inkl. Fortbildung
- Wirtschaftlichkeit und deren Prüfung
- Abrechnung und DTA
- Grundsätze der Vergütung, Vergütungsverhandlungen und Nachweise
- Vertragsverstöße

# Verhandlung von Verträgen § 132L Abs. 5 und 6 SGB V

Krankenkassen verhandeln zukünftig Verträge auf **Landesebene einheitlich und gemeinsam** mit „zuverlässigen“ Leistungserbringern, die:

- a) eine WG mit mindestens zwei Bewohnern betreiben
- b) Leistungen nach § 43 SGB XI erbringen
- c) Leistungen Teilhabeinstitutionen im Sinne des 43a SGB XI erbringen
- d) Leistungen in der sonstigen AKI erbringen

Leistungserbringer sind zu Qualitätsmanagement verpflichtet und nehmen an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen teil.

Tariflöhne gelten als wirtschaftlich, auf Verlangen sind Zahlungsnachweise vorzulegen.

Bei Nichteinigung Schiedsverfahren.

## Auszug BT-Drucksache:

„...Verträge mit den Leistungserbringern über die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege werden gemeinsam und einheitlich **als Kollektivverträge** durch die Landesverbände der Krankenkassen bzw. dem Verband der Ersatzkassen nach gleichen Maßstäben und mit gleichen Rahmenbedingungen geschlossen, denn der hochsensible Versorgungsbereich der außerklinischen Intensivpflege **ist nicht für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geeignet**. Die Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 sind den Verträgen zugrunde zu legen. Voraussetzung ist damit unter anderem, dass die Leistungserbringer ein internes Qualitätsmanagement durchführen. Die Leistungserbringer haben dabei insbesondere die Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen, die auch den Prüfungen nach § 275b unterliegen...“

## Vermeidung vertragloser Zustände:

Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V gelten solange fort, bis sie durch Verträge nach Satz 1 abgelöst werden, längstens jedoch für 12 Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen. Demnach können die jetzigen Verträge noch bis zu drei Jahre fortgelten. **Wichtig: Ergänzungsvereinbarungen schließen!**

# Sonstige Bestimmungen § 132L Abs. 7 und 8 SGB V

Krankenkassen sind verpflichtet nach § 23 Abs. 6 a Satz 1 Infektionsschutzgesetz jeden Leistungserbringer zu melden der AKI in ihrem Auftrag erbringt.

Länderbezogene Übersicht über die Vertragspartner mit Vertragsinhalten von den Krankenkassen zu erstellen:

- Barrierefrei
- Keine versichertenbezogenen Daten
- Kann Kontaktdaten enthalten
- Pflicht zur quartalsweisen Aktualisierung
- Umkreissuche
- Auf Anforderung Liste an Versicherten – auf die Region bezogen– schicken.

## **Anmerkungen/Überlegungen:**

*Lt. Gesetzesbegründung soll durch die Meldepflicht die Überwachung durch die Gesundheitsämter bürokratiearm ermöglicht werden.*

*Wenn schon eine „neue“ Datenbank, dann am Besten gleich bundesweit (Überschneidung Ländergrenzen) und Nennung freier Kapazitäten.*

# Regelung zur Fallvermeidung

# Entlassmanagement Krankenhäuser

Vor der Verlegung oder Entlassung eines Patienten ist auch die qualifizierte Einschätzung des Beatmungsstatus Bestandteil der KH-Behandlung (§ 39 Abs. 1 SGB V).

Ferner umfasst das Entlassmanagement auch die erforderliche Verordnung von stationären Anschlussversorgungen (§ 39 Abs. 6 SGB V).

## **Malusregelung:**

Führen Krankenhäuser diese Maßnahmen nicht durch, entstehen Vergütungsabschläge für die entlassenden Krankenhäuser (§ 5 Abs. 3f KHentgG).

Für längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung sind zukünftig Zusatzentgelte zu vereinbaren (§ 6 abs. 2a KHentgG).

## **Anmerkung:**

*Diese Regelung wird besonders begrüßt, da sie erstmalig in stationären Einrichtungen Anreize bietet, sich mehr diesen Fällen zu widmen. Sie tritt unabhängig von den Fristen des G-BA und der Rahmenempfehlungen in Kraft und kann separat umgesetzt werden.*

# Impressum:

**Volker Eimertenbrink**  
**Leiter Bereich Genehmigung II**  
**Geschäftsbereich Sonstige Leistungen**

Kontaktdaten:

IKK Classic

Niederwall 7

32312 Lübbecke

Tel. 05741 339-312411

Fax. 0800 4558888-138

## Verwendungshinweis:

Diese Unterlagen dienen ausschließlich der Verwendung innerhalb des Teilnehmerkreises des AKI Ruhr/MS/OWL. Eine unbefugte Weitergabe an Dritte ist untersagt. Der Verfasser übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Informationen. Haftungsansprüche gegen den Verfasser, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die entweder durch die Nutzung bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Inhalte der genannten Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens des Verfassers nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

IKK classic – Ihre Gesundheit. Unser Handwerk

Vielen DANK für Ihre  
Aufmerksamkeit