

Rehabilitation vor Pflege: Wie kann der Grundsatz Gewicht bekommen?

THOMAS BUBLITZ

Thomas Bublitz ist Hauptgeschäftsführer des BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. in Berlin

Angesichts der Bevölkerungs- und Krankheitsentwicklung ist es dringend geboten, alle Mittel auszuschöpfen, mit denen Pflegebedürftigkeit vermieden oder zumindest vermindert oder ihr Eintreten hinausgezögert werden kann. Rechtzeitige, gezielte medizinische Rehabilitation leistet das. Dennoch wird der gesetzlich normierte Vorrang der Rehabilitation vor Pflege in der Praxis kaum umgesetzt, daran werden auch die Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) nicht viel ändern. Denn die verschiedenen Hürden, die eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Reha-Leistungen behindern, bleiben bestehen. Haupthemmnisse sind die Antrags- und Ablehnungspraxis sowie offensichtliche Fehlanreize für die Akteure. Diese Hemmnisse könnten mit relativ einfachen gesetzlichen Regelungen beseitigt werden – und sie müssen es auch, um die künftigen humanitären und ökonomischen Herausforderungen zu bewältigen.

Ethische, demographische und ökonomische Herausforderungen

Spätestens seit Anfang der 1980er Jahre wissen wir in Deutschland, dass die demographische Entwicklung weitreichende gesundheits- und gesellschaftspolitische Maßnahmen erforderlich macht, um den ökonomischen und sozialpolitischen Problemen zu begegnen. Eine der wichtigsten dieser Maßnahmen war die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995, mit der gleichzeitig der Grundsatz „Reha vor Pflege“ in den Sozialgesetzbüchern verankert wurde. Wie vorausschauend und notwendig diese Regelungen waren und sind, belegen die aktuellen Statistiken. Nach der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen

Bundesamtes wird im Jahr 2060 etwa jede dritte Person in Deutschland 65 Jahre oder älter sein. Noch deutlicher schlägt sich der demografische Wandel bei der Anzahl der Hochbetagten nieder. Im Jahr 2013 lebten 4,4 Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland, ihre Anzahl wird bis 2050 auf 9,9 Millionen steigen (2060: 9,0 Millionen). Selbst eine Steigerung der Geburtenrate sowie eine hohe Zuwanderung aus dem Ausland ändern an dieser Tendenz nicht viel. So erfreulich die gestiegene und weiter steigende Lebenserwartung auch ist, das Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsrisiko nimmt mit zunehmendem Alter rasch und schnell zu. So liegen die Krankheitskosten pro Kopf bei den 65- bis 84-Jährigen mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt,

bei den über 84-Jährigen sogar 5,4-mal so hoch. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Gefahr, pflegebedürftig zu werden. Gegenwärtig ist laut dem Statistischen Bundesamt bei den 70- bis 75-Jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5 Prozent) pflegebedürftig. Bei den 80- bis 85-Jährigen ist es schon jeder fünfte (21 Prozent) und bei den ab 90-Jährigen beträgt die Pflegequote 64 Prozent. Aktuell gibt es Deutschland rund 2,6 Millionen pflegebedürftige Menschen, bis zum Jahr 2040 wird ein Anstieg auf mindestens 4 Millionen prognostiziert. Hinter diesen Zahlen verbergen sich persönliche Schicksale von Menschen, denen die Teilnahme an einem selbstbestimmten Leben nicht mehr möglich ist. Schon diese Erkenntnis allein macht die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu einer der vordringlichsten gesellschaftlichen Aufgaben. Hinzu kommt die volkswirtschaftliche und ökonomische Brisanz der Zahlen. Im Jahr 2013 entfielen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 34 Personen, die 65 Jahre oder älter waren, bis zum Jahr 2060 wird sich diese Zahl verdoppeln. Bereits jetzt kostet jeder neu hinzukommende Pflegebedürftige die soziale Pflegeversicherung durchschnittlich 9.000 Euro pro Jahr – Tendenz steigend! Wer soll, wer kann und wer wird zukünftig die Beiträge in die Pflegeversicherung bezahlen?

Mit dem PSG II wurden die Hemmnisse für die Entwicklung einer bedarfsgerechten Pflegelandschaft nicht beseitigt.

Die medizinische Rehabilitation ist sicherlich nicht das Allheilmittel, mit dem dieser Entwicklung entgegengesteuert werden kann. Aber es mangelt weder an Belegen noch an der Einsicht, dass die gegenwärtigen und zukünftigen ethischen, demographischen und ökonomischen Herausforderungen mit der medizinischen Rehabilitation besser gemeistert werden könnten. Zahlreiche Untersuchungen weisen darauf hin, dass das Reha-Potenzial schon bisher zu wenig genutzt wird und dass der Zugang zu den Reha-Leistungen verbessert werden muss. Deutlich werden die Defizite schon allein bei der Betrachtung der Patientenzahlen und der Ausgabenentwicklung für Leistungen der medizinischen

Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sank die Zahl der Vorsorge- und Reha-Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) laut eigener Statistik von 980.000 auf 711.000 (in 2014), gleichzeitig ist auch der Anteil der Ausgaben für Rehabilitation an den Gesamtausgaben der GKV von 1,8 Prozent (1995) auf 1,5 Prozent (in 2014) gesunken. Diese Entwicklung lässt sich mit dem demografischen Wandel nicht in Einklang bringen. Da die Zahl älterer Menschen und Pflegebedürftiger erheblich gestiegen ist, muss auch von einem wachsenden Bedarf an Reha-Maßnahmen ausgegangen werden, der aber ganz offensichtlich nicht befriedigt wurde.

Wer sind die Patienten?

Mit dem im SGB verankerten Vorrang der Reha sollen die von der GKV finanzierten medizinischen Reha-Leistungen Pflegebedürftigkeit vermeiden, überwinden, mindern oder ihre Verschlimmerung verhüten. Also eine vorausschauende Investition, um schlimmere Folgen für den Patienten und höhere Folgekosten für die Sozialkassen zu verhindern. Voraussetzung für eine Reha ist, dass der Patient rehaedürftig und rehafähig ist und dass die Reha für ihn eine

erfolgsversprechende Prognose hat. Aus diesen Vorgaben lässt sich ein recht scharfes und konkretes Bild von den GKV-Patienten zeichnen, die von einer qualifizierten medizinischen Reha profitieren sollen: Es sind ältere Menschen (meist über 70 Jahre

alt), die in besonderem Maße bedroht sind, in die Pflege abzurutschen, weil sie an mehreren nicht nur vorübergehenden chronischen Erkrankungen leiden und bereits deutlich alltagsrelevant beeinträchtigt sind. Die Patienten wohnen noch zu Hause und sind bei ihrem Hausarzt in Behandlung. Meistens können ein oder mehrere deutliche Warnsignale festgestellt werden, wie Inkontinenz, intellektueller Abbau, Instabilität (Schwindel, Gangunsicherheit), Immobilität, Insomnie (Schlaflosigkeit), Ischämie (Durchblutungsstörung). Daraus resultiert eine unmittelbare Sturzgefahr, die häufig zu Frakturen führt (Handgelenks-, Wirbel- und Oberschenkelhalsbruch, Witwenbuckel).

Eine teure Krankenhausbehandlung, oft mit schweren Operationen und dem garantierten Verlust der verbliebenen individuellen Ressourcen ist die Folge. Der Patient ist dann ganz sicher erheblich pflegebedürftig. Diese zumeist älteren Patienten sind in ihrer Teilhabe an den Aktivitäten des täglichen Lebens (Mobilität und Selbstversorgungskompetenz) deutlich erkennbar eingeschränkt. Sie würden sehr von medizinischen Reha-Leistungen profitieren – in der Realität tun sie es aber leider nicht. Denn laut Statistik entfallen über 80 Prozent der Reha-Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf Anschlussrehabilitationsleistungen, also Reha unmittelbar nach einer Krankenhausbehandlung. Konkret bedeutet das, dass meist erst eine schwere Erkrankung, die im Krankenhaus behandelt wird, wie etwa ein Sturz, Herzinfarkt oder Schlaganfall dazu führt, dass die Krankenkasse eine Reha erbringt. Ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt, also aufgrund einer Verordnung aus der ambulanten Versorgung heraus, wurde Reha im Jahr 2014 lediglich 120.000 mal erbracht, das entspricht 0,21 Prozent der Gesamtausgaben der Krankenkassen. Angesichts von jährlich 900.000 Anträgen auf Pflegeleistungen und 1,4 Millionen Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird deutlich, dass bisher nur ein Bruchteil der Menschen, die eine Reha brauchen, sie auch tatsächlich bekommt.

Zwei wesentliche Änderungen

Die Große Koalition hat mit den Pflegegestärkungsgesetzen I und II wichtige Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung voran gebracht. Ergebnis sind dringend benötigte Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und sinnvolle Regelungen für eine neue Pflegebegutachtung, mit denen eine verbesserte Prüfung des Reha-Bedarfs durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) möglich ist. Aber das eigentliche Ziel, möglichst viele Menschen möglichst früh mit pflegevermeidenden Reha-Maßnahmen zu versorgen, wird damit nicht erreicht. Denn die tatsächlichen Hemmnisse für die Entwicklung einer bedarfsgerechten Reha-Landschaft wurden nicht beseitigt, nach wie vor behindern vermeidbare Strukturfehler und offensichtliche Fehlanreize für die

Akteure eine bedarfsgerechte Reha-Versorgung. Um diese zu beseitigen, sollten zwei wesentliche Änderungen schnellstmöglich erfolgen: der Wegfall des Genehmigungsvorbehalts der Krankenkassen für Reha-Leistungen und die Beseitigung von Schnittstellenproblemen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung.

Wegfall des Genehmigungsvorbehalts

Die erste dringend notwendige Änderung betrifft einen gravierenden Strukturfehler, den gesetzlich formulierten „Genehmigungsvorbehalt“ der Krankenkassen. Der Genehmigungsvorbehalt bildet gewissermaßen die gesetzliche Grundlage für oft schwer nachvollziehbare Rechtsauslegungen und Praktiken im Reha-Genehmigungsverfahren und ist etwas Einmaliges im Leistungskatalog der Krankenkassen. Denn über die Notwendigkeit von GKV-Leistungen, vom Arzneimittel bis zur Krankenhausbehandlung, entscheidet ansonsten immer der behandelnde Arzt. Er verordnet – stets auf der Grundlage von nachvollziehbaren Standards, Leitlinien und evidenzbasierter Medizin – was dann vom Leistungserbringer erbracht und von der Krankenkasse bezahlt wird. Ganz anders verhält es sich mit der Verordnung von Reha-Leistungen (übrigens auch in der Gesetzlichen Rentenversicherung): Per Gesetz wird die Urteilsfähigkeit des Arztes bezweifelt, stattdessen entscheiden die Reha-Träger, ggf. mit Unterstützung ihrer medizinischen Gutachterdienste, nach „Aktenlage“ darüber, was für den Patienten sinnvoll und zweckmäßig ist. Das kann nicht wirklich die Absicht des Gesetzgebers sein und sollte dringend korrigiert werden! Also: Vertragsärzte sollten Reha-Leistungen genauso verordnen dürfen wie die anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, z.B. die Krankenhausbehandlung. Damit es für diese Verordnung objektive Kriterien gibt, sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe übertragen werden, unbürokratische und standardisierte Testverfahren in den Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V festzuschreiben. Solche in medizinischen Fachkreisen anerkannte

Verfahren gibt es bereits, sie müssen nicht erst erfunden werden. Zum Beispiel den „timed up and go“-Test, mit dem in jeder Hausarztpraxis schnell und einfach die bestehende Rehabilitationsbedürftigkeit eines Patienten festgestellt werden kann. Dabei sitzt der Patient auf einem Stuhl mit Armlehnen und soll sich auf Aufforderung ohne fremde Hilfe erheben, eine Strecke von drei Metern gehen, umkehren und sich wieder setzen. Hilfsmittel, wie eine Gehstütze, dürfen verwendet werden. Gemessen wird die Zeit, die der Patient für den Vorgang braucht. Unter 10 Sekunden ist die Alltagsmobilität uneingeschränkt, bei 11 bis 19 Sekunden besteht eine geringe Mobilitätseinschränkung, bei 20 bis 29 Sekunden eine abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung und über 30 Sekunden eine ausgeprägte Mobili-

Eine Lösungsmöglichkeit für Schnittstellenprobleme wäre, die Pflegekassen erbringen selbst medizinische Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

tätseinschränkung. Für den Test braucht man alles in allem nur fünf Minuten und doch gibt er zusammen mit wenigen standardisierten Fragen Aufschluss über den Zustand des Patienten im Hinblick auf Selbständigkeit, Kognition und Psyche.

Eine Verordnung des niedergelassenen Arztes auf Grundlage solcher Tests muss ausreichen, um eine Reha-Maßnahme einzuleiten. Zudem muss sichergestellt werden, dass dieser medizinischen Einschätzung folgend auch die für notwendig befundenen Rehabilitationsleistungen tatsächlich erbracht werden. Die Krankenkassen haben als Verwaltungsbehörden keinen Beurteilungsspielraum für medizinische Tatbestände bei Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose. Die Prüfung dieser Voraussetzungen darf ausschließlich durch Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach Begutachtung des Patienten im Einzelnen erfolgen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass eine Abstimmung zwischen MDK-Gutachter und verordnenden

Hausarzt verpflichtend vorgeschrieben wird und es sollte festgelegt werden, dass der MDK-Gutachter in seinem Gutachten konkrete Empfehlungen zu Behandlungsalternativen des Patienten machen muss. Generell infrage zu stellen ist auch die bislang übliche Praxis der MDK-Begutachtung nach Aktenlage. Papierbegutachtungen werden den Interessen der Patienten nicht gerecht und sie dürfen auch nicht damit gerechtfertigt werden, dass die Kapazitäten des Medizinischen Dienstes für körperliche Untersuchungen nicht ausreichend wären. Es soll schließlich nicht darum gehen, formale Fehler in Verordnungen aufzuspüren sondern zügig eine bedarfsgerechte pflegevermeidende Versorgung zu organisieren.

Zum Änderungsbedarf im Rahmen des Genehmigungsvorbehalts gehört außerdem, den bisher geltenden Vier-Jahreszeitraum abzuschaffen. Wenn Rehabilitationsleistungen dann gewährt werden sollen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen für sie vorliegen – insbesondere die medizinische Notwendigkeit – dann macht die bisherige Begrenzung auf einen Vier-Jahreszeitraum keinen Sinn. Erbracht werden müssen die Leistungen, wenn sie notwendig sind, gegebenenfalls auch unabhängig von starren Zeitintervallen. Dies eröffnet sinnvolle Möglichkeiten, neue flexible Rehabilitationsformen zu entwickeln und anzubieten.

Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

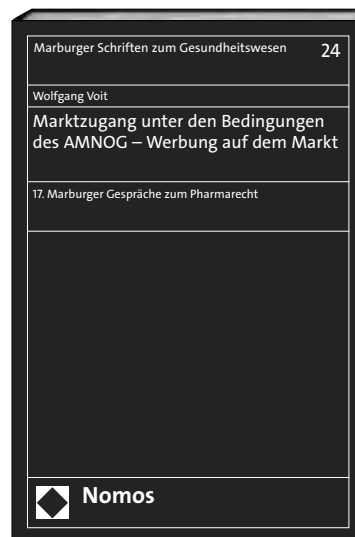
Der Wegfall des Genehmigungsvorbehalts und die Anpassung der begleitenden Vorschriften wären wichtige Verbesserungen für eine sinnvolle, dem medizinischen Bedarf entsprechende Rehabilitationsversorgung. Diese Änderungen sollten durch eine weitere Gesetzesänderung ergänzt werden. Nur dadurch werden die bestehenden Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung überwunden, denn zusammen mit dem Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen bilden sie die größte Barriere für die Anwendung des Grundsatzes Reha vor Pflege. Derzeit haben die im Beitragswettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen kein Interesse daran, Rehabilitationsleistungen zu finanzieren, weil nicht sie vom Erfolg profitieren, sondern

die Pflegekassen. Da die Finanztöpfe von Kranken- und Pflegekasse getrennt sind, gibt es bei den Krankenkassen nur eine geringe Motivation, Reha-Leistungen zur Vermeidung von Kosten in der Pflegeversicherung zu erbringen. Auch dieses Schnittstellenproblem, auf das der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen sowie führende Gesundheitsökonominnen immer wieder aufmerksam gemacht haben, wurde mit dem PSG II nicht behoben. Selbst wenn aufgrund der neuen Regelungen im PSG II zukünftig der MDK bei der Pflegebegutachtung verstärkt auf Rehabilitationspotentiale achten wird, bleibt die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Reha-Leistungen wegen der systembedingten Hindernisse zwischen Kranken- und Pflegeversicherung auch zukünftig nicht im erforderlichen Maß erbracht werden. Eine Lösungsmöglichkeit für dieses Schnittstellenproblem wäre eine gesetzliche Regelung, nach der die Pflegekassen den Krankenkassen die Kosten für Reha-Leistungen erstatten. Denkbar wäre auch, dass die Pflegekassen zu Reha-Trägern gemacht werden, damit sie selbst anstelle der Krankenkassen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit erbringen. Konkrete Vorschläge dazu sind in den Gesetzgebungsprozess für das PSG II eingebracht worden, möglicherweise wurden sie wegen unklarer finanzieller Wirkung nicht übernommen.

Fazit

Es gibt klare und relativ einfach umsetzbare Lösungsansätze, mit denen die Barrieren, die bislang die Umsetzung des Grundsatzes Reha vor Pflege behindern, beseitigt werden können. Beabsichtigte Folge davon wäre, dass mehr Anträge auf Reha-Leistungen gestellt und auch genehmigt werden. Sorgen, dass dadurch einer nicht bedarfsnotwendigen rehabilitativen Versorgung Vorschub geleistet würde, muss niemand haben, denn selbst eine Verdopplung der bisherigen Reha-Ausgaben dürfte die Beitragssatzstabilität der Krankenkassen nicht gefährden. Eher steigt damit die Hoffnung, dass es dann mehr vorausschauende Investition gibt, mit denen die zukünftigen humanitären und ökonomischen Herausforderungen besser gemeistert werden können. ■

17. Marburger Gespräche zum Pharmarecht Der Rückblick



Marktzugang unter den Bedingungen des AMNOG – Werbung auf dem Markt

17. Marburger Gespräche zum Pharmarecht

Herausgegeben von
Prof. Dr. Wolfgang Voit
2016, 300 S., brosch., 79,- €
ISBN 978-3-8487-2013-2
eISBN 978-3-8452-6153-9

(Marburger Schriften zum Gesundheitswesen, Bd. 24)

www.nomos-shop.de/24303

Der Marktzugang für innovative Arzneimittel unterliegt einigen Hürden. So verkomplizieren und verzögern beispielsweise die unterschiedlichen Regelungen und Verfahren in den EU-Ländern den Zugang zum europäischen Binnenmarkt teilweise erheblich. Und auch auf dem deutschen Arzneimittelmarkt bereitet das Verfahren zur frühen Nutzenbewertung noch immer große Probleme.

Die 17. Marburger Gespräche zum Pharmarecht befassten sich daher in einem ersten Schwerpunkt mit den verschiedenen europäischen und nationalen Aspekten des Marktzugangs für Arzneimittel.

Ein weiterer Fokus der Veranstaltung lag auf aktuellen Entwicklungen im Werberecht. Besondere Bedeutung hatten dabei die Werbung mit Studienergebnissen und die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und pharmazeutischen Unternehmen. Abgerundet wurde dieses Thema mit einem Beitrag zur Produkt- und Patienteninformation über Apps, denen in der modernen Gesellschaft immer größere Bedeutung zukommt.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Portofreie Buch-Bestellungen unter
www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

