

**Stellungnahme der Elly Heuss-Knapp-Stiftung,  
Deutsches Müttergenesungswerk (MGW) zum  
Referentenentwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG  
17. August 2018**

Mit dem Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetz ist der Gesetzgeber bestrebt, eine bessere flächendeckende ambulante medizinische Versorgung aller versicherten PatientInnen zu erreichen.

In diesem Sinne umfasst eine gute und verbesserte medizinische Versorgung der Versicherten im Bereich der medizinischen stationären Vorsorge und Rehabilitation auch die Notwendigkeit von vorab ambulanten Beratungen zur umfassenden Bedarfsklärung sowie nachsorgenden Leistungen.

Das Müttergenesungswerk bietet über seine Trägergruppen (Wohlfahrtsverbände) Müttern und Vätern ein bundesweites Netz mit Beratungsstellen genau dafür an. In den letzten Jahren hat sich die Beratung auch auf pflegende Angehörige erweitert. Hierbei handelt es sich um ein niederschwelliges Beratungsangebot mit ganzheitlichem und präventivem Ansatz. Die Beratungsstelle ist häufig eine erste Anlauf- und Clearingstelle für Mütter und Väter mit Gesundheitsproblemen. Viele der Mütter befinden sich in prekären Lebenssituationen oder sind sozial benachteiligt. Auch deshalb sind die Gesundheitsprobleme geprägt durch eine hohe Relevanz der personen- und umweltbedingten Kontextfaktoren, sowohl als Bedingungsfaktor des Gesundheitsproblems, als auch in Bezug auf die Teilhabebeeinträchtigungen.

In der Beratung wird insbesondere die psychosoziale Dimension des Gesundheitsproblems festgestellt und geprüft, welche Maßnahme zur jeweiligen individuellen Lebens- und Gesundheitssituation der Mütter und Väter am zielführendsten ist. Das können Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 24 oder 41 SGB V sein, aber oft sind es auch ergänzende Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen wie Ehe-, Familien- oder Schuldnerberatung. Denn die vom Müttergenesungswerk erhobenen Daten aus den entsprechenden Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände zeigen, dass von den ca. 130.000 Beratungen im Jahr (Ratsuchende zu einer Mutter-/Vater- oder Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahme), lediglich ca. 50% in einen Antrag für eine stationäre medizinische Maßnahme nach §§ 24 oder 41 SGB V münden.

Im Fall einer Antragstellung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter (§§ 24,41 SGB V) und pflegenden Angehörigen (§§ 23, 40 SGB V) kommen der Beratung wichtige therapieunterstützende Aufgaben zu. Zum einen bei der Auswahl einer passgenauen Maßnahme mit einer gezielten Vorbereitung mit realistischer Erwartungs- und Zielklärung sowie individuelle Beratung und Unterstützung in Fragen der Betreuung von Familienmitgliedern und Organisation des sozialen Umfelds während der Maßnahme, um so Zugangshürden zu beseitigen. Und zum anderen mit Nachsorgeangeboten am Wohnort, die die Therapieprozesse in den Kliniken ergänzen, die Übertragung in den Alltag begleiten und damit den Maßnahmeerfolg nachhaltig sichern. Zentraler Ansatz ist die Stärkung der Selbstverantwortung für das eigene Gesundheitshandeln. Mit diesem wohnortnahen Beratungs- und Nachsorgeangebot halten die Beratungsstellen im Müttergenesungswerk eine beispielhafte vernetzte gesundheitliche Versorgung vor.

Diese wichtige Versorgungsstruktur gilt es für die Versicherten auch in Zukunft und in allen Regionen abzusichern und auch für die Gruppe der pflegenden Angehörigen und ihren spezifischen Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in Zukunft noch stärker nutzbar zu machen. Um dies weiterhin zu gewährleisten ist es dringend erforderlich, dass diese vor- und nachstationäre Beratung als gesetzliche Leistungen statuiert werden.

**Vor diesem Hintergrund schlägt das Müttergenesungswerk folgende Änderungen und Ergänzungen im SGB V vor:**

**1. § 24 Abs. 4 SGB V (neu):**

***(4) Um das Ziel der Vorsorgeleistung zu erreichen oder zu sichern, haben Versicherte Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerks oder durch vergleichbare Beratungsstellen.***

Erläuterung:

Die Bestimmung in Abs. 4 ergänzt als vor- und nachgelagerte Beratungs- und Betreuungsleistung die Regelungen in § 24 zur Vorsorge von Müttern, Vätern und ihren Kindern. Sie dient der erforderlichen gesetzlichen Abrundung dieser wichtigen Primärleistung und soll gewährleisten, dass das Ziel der stationären medizinischen Vorsorge dieses besonderen Personenkreises dauerhaft erreicht bzw. gesichert wird.

Dazu ist die Beratungs- und Betreuungsleistung als Rechtsanspruch zu gestalten, um der Bedeutung und der Erforderlichkeit in der Versorgung der Mütter, Väter und ihrer Kinder, die wegen der besonderen sozialpolitischen Bedeutung allgemein anerkannt ist, Rechnung tragen zu können.

**2. § 23 Abs. 4 S. 2 HS 2 SGB V in der vom MGW angeregten PpSG-Variante (Verweis für pflegende Angehörige ergänzt):**

***(4) <sup>1</sup> Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. <sup>2</sup> Die Krankenkasse erbringt stationäre Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige unabhängig von Satz 1; der Grundsatz ambulant vor stationär gilt nicht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht; § 24 Abs. 4 gilt entsprechend. (...)***

Erläuterung:

Auch für die besondere Personengruppe der pflegenden Angehörigen, die oftmals in einer familiären Doppelrolle sind und nicht selten in den vom Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtungen Vorsorgeleistungen erhalten, bedarf es einer analogen Verankerung des Anspruchs auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung bei Vorsorgeleistungen. Dies wird entsprechend durch den Verweis auf § 24 Abs. 4 sichergestellt (vgl. Erläuterung ebenda). Die Regelung berücksichtigt damit die besondere Situation von pflegenden Angehörigen und soll unterstreichen, dass die Krankenkassen die außergewöhnlichen Belastungen pflegender Angehöriger im Auge behalten.

3. § 41 Abs. 4 SGB V (neu):

- (4) Um das Ziel der Rehabilitationsleistung zu erreichen oder zu sichern, haben Versicherte Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerks oder durch vergleichbare Beratungsstellen.**

Erläuterung:

Der in § 24 Abs. 4 neu verankerte Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung muss auch bei entsprechenden Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter greifen, um unabhängig von der jeweiligen Versorgungsleistung – Vorsorge oder Rehabilitation – eine Verstärkung zugunsten der besonderen Personengruppe zu erreichen und die Effektivität, Qualität und Nachhaltigkeit in gleicher Weise zu sichern (vgl. Erläuterung ebenda).

4. § 40 Abs. 2 S. 2 HS 2 SGB V in der vom MGW angeregten PpSG-Variante (Verweis für pflegende Angehörige ergänzt):

- (2) <sup>1</sup>Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. <sup>2</sup>Die Krankenkasse erbringt stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige unabhängig von Absatz 1; der Grundsatz ambulant vor stationär gilt nicht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht; § 41 Abs. 4 gilt entsprechend. (...)*

Erläuterung:

Auch für die Rehabilitation pflegender Angehörige bedarf es einer analogen Verankerung des Anspruchs auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung. Dies wird entsprechend durch den Verweis auf § 41 Abs. 4 sichergestellt (vgl. Erläuterung ebenda sowie die Erläuterung zu § 23 Abs. 4 S. 2, 2. HS.)

5. § 132 i (neu)

**§ 132 i Versorgung mit vor- und nachstationärer Beratung und Betreuung für Mütter und Väter**

- (1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen schließen mit geeigneten Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerks oder mit vergleichbaren Beratungsstellen Verträge über die Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen nach §§ 23 Abs. 4 S. 2, 4. HS, 24 Abs. 4, 40 Abs. 2 S. 2, 4. HS und 41 Abs. 4.**
- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Beratungsstellen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und dem Müttergenesungswerk eine Rahmenvereinbarung über Anforderungen an die LeistungserbringerInnen und Inhalte der Leistungen sowie Grundsätze der Vergütung mit dem Ziel einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung.**

Ergänzend ist eine Schiedsstellenregelung zu schaffen, die spätere Änderungen durch das TSVG berücksichtigt.

Erläuterung:

Um einen bundesweit einheitlichen Rahmen für die Beratungs- und Betreuungsleistungen und deren Sachleistungserbringer zu gewährleisten, gilt es gemäß Abs. 2 auf Bundesebene, Inhalt und Umfang der Versorgungsverträge, Preisgefüge bzw. -gestaltung der Vergütungsvereinbarung sowie Qualitätsanforderungen bzw. -vorgaben/-richtlinien und Leistungsinhalte in einer Rahmenvereinbarung festzulegen. Dies sichert neben einheitlichen Finanzierungsstrukturen auch einheitliche Vertragsvorgaben. Neben dem Müttergenesungswerk sind die maßgeblichen Spitzenverbände auf Bundesebene daran zu beteiligen.

Petra Gerstkamp  
Stellv. Geschäftsführerin  
Elly Heuss-Knapp-Stiftung  
Deutsches Müttergenesungswerk  
Bergstr. 63, 10115 Berlin  
Tel.: 030 3300290  
Fax: 030 330029-20  
E-Mail: [info@muettergenesungswerk.de](mailto:info@muettergenesungswerk.de)  
Internet: [www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de)