



Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.
(BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilita-
tion und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

A. Einleitung und Zusammenfassung

Der vorgelegte Referentenentwurf greift mit seinen positiven Ansätzen zur Verbesserung der Qualität der Intensivpflege ein virulentes Problem auf. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass die außerklinische Intensivpflege einer besseren Qualitätssicherung unterzogen werden soll. Dies ist insbesondere angesichts des drastischen Anstiegs¹ invasiv beatmeter Patientinnen und Patienten und einer nicht immer gegebenen Qualität, Effizienz und Transparenz in der Versorgung insbesondere in den sog. Beatmungs-WGs dringend geboten.

In der derzeitigen Versorgungs- und Finanzierungssituation der Krankenhäuser ist zudem nicht gewährleistet, dass das Weaningpotenzial aller künstlich beatmeten Patientinnen und Patienten vor der Entlassung aus dem Krankenhaus in die ambulante Weiterversorgung im erforderlichen Umfang erfasst und ausgeschöpft wird. Gleichzeitig fehlt es bisher an einheitlichen gesetzlichen Regelungen zu Personalschlüsseln und Strukturvorgaben für Qualität und Finanzierung. Diese sollen mit dem vorliegenden Referentenentwurf zu § 132i SGB V nun getroffen werden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen darauf hin, dass die Entwöhnung von der Beatmung grundsätzlich Aufgabe des Krankenhauses ist und vor der Entlassung erfolgen sollte. Da dies in vielen Krankenhäusern nicht möglich ist, sollte der Gesetzesentwurf auch ausdrücklich die Entwöhnung in spezialisierten Weaning-Zentren vorsehen. Mit der Erhebung des Weaning-Potenzials ist das Problem jedoch noch nicht gelöst. Wir weisen mit Nachdruck darauf hin, dass es derzeit Weaning-Zentren weder flächendeckend noch in ausreichender Zahl gibt und daher viele Betroffene ohne Weaningversuch aus der Intensivstation des Krankenhauses zunächst in eine Rehaeinrichtung und dann in die Beatmung in der eigenen Häuslichkeit, im Pflege-

¹ Es liegen keine verlässlichen Daten vor. Die KBV geht aufgrund von Abrechnungsdaten von ca. 15.000 invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten aus, die DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) geht von 30.000 künstlich beatmeten Betroffenen aus. Im Jahr 2005 seien es nur 1000 Patientinnen und Patienten gewesen

heim oder der Intensiv-WG entlassen werden. Der Ausbau von Weaning-Einrichtungen ist daher gezielt zu fördern.

Auch im zweiten Regelungsbereich des vorgelegten Referentenentwurfs sehen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege viele Ansätze, die in die richtige Richtung gehen, wie z.B. die Festlegung der Dauer der geriatrischen Rehabilitation auf 3 Wochen, die ansatzweise Aufhebung der Mehrkosten, die Versicherte bei der Wahl einer anderen als der von der Krankenkasse bestimmte Rehaeinrichtung zu tragen haben oder die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung für Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Gerade im Bereich der Rehabilitation sehen wir im vorliegenden Entwurf jedoch Licht und Schatten. Ein gravierendes Problem des Gesetzentwurfs ist, dass er im Bereich des SGB V Sonderregelungen schafft, die vom Grundsatz eines trägerübergreifenden einheitlichen Rechts der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX abweichen. Der Referentenentwurf verfestigt insoweit die Schnittstellen des gegliederten deutschen Sozialleistungssystems, das das SGB IX als einheitliches Rehabilitationsrecht gerade überwinden wollte. Dies zeigt sich insbesondere im Bereich der geriatrischen Rehabilitation. So sehr die Ansätze zu deren Stärkung zu begrüßen sind, so deutlich ist anzumerken, dass die Schaffung von Sonderregelungen zu diesem Bereich das Recht der medizinischen Rehabilitation zersäert. Der Gesetzentwurf lässt zudem den ganzheitlichen Ansatz der Rehabilitation von geriatrischen Patientinnen und Patienten außer Acht, indem unklar bleibt, inwieweit die Verordnung in das Antragsrecht der Menschen auf Ermittlung der Teilhabebedarfe aus anderen Bereichen als denen der Einschränkung der Körperfunktionen und der daran anknüpfenden Aktivitäten der Alltagskompetenz eingreift. Wie wenig das SGB IX im Blick ist, zeigt sich auch bei der sehr positiv zu bewertenden Regelung der Anerkennung der Tarifbindung, die jetzt neu für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen vorgesehen wird und ist für den Bereich der Reha an sich schon geltendes Recht nach § 38 SGB IX.

Zusammenfassend bewerten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die zentralen Punkte des Referentenentwurfs wie folgt:

1. Der Rechtsanspruch auf eine außerklinische Intensivpflege nach dem neuen § 37c SGB V wird ausdrücklich begrüßt. Da jedoch das Spektrum an Behandlungsbedarfen in der außerklinischen Intensivpflege mehr umfasst als die Beatmung, müssen neben den Fachärzten für Pneumologie und Lungenheilkunde auch weitere Facharztgruppen, wie z.B. Anästhesisten oder Neurologen als verordnungsberechtigt gelten. Der Rechtsanspruch auf außerklinische Intensivpflege darf Menschen mit einer Behinderung oder einem Krankheitsbild, welches der ständigen Versorgung durch eine Pflegekraft zu Hause und an anderen geeigneten Orten, wie z.B. der Schule oder der WfbM bedarf, nicht ausschließen, wie derzeit durch die Zumutbarkeitsregelung des § 37c Absatz 2 vorgesehen. Der Gesetzentwurf muss die Qualität der Intensivpflege im häuslichen Bereich und an anderen geeigneten Orten, in Intensiv-WGs sowie in stationären Pflegeeinrichtungen in gleicher Weise gewährleisten. Die BAGFW sieht daher in der Definition der Leistungsorte in § 37c Absatz 2 grundlegenden Änderungsbedarf. Mit der Einführung eines

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

eigenständigen Rechtsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege darf aber das Wahlrecht der Versicherten auf den Ort der Leistungserbringung keinesfalls – wie in Absatz 2 vorgesehen – auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder ambulante Intensiv-WGs beschränkt sein und nur im Ausnahmefall aufgrund einer Prüfung der Zumutbarkeit in der Häuslichkeit, der Familie oder an anderen geeigneten Orten erfolgen. Insoweit wird die Einschränkung des Orts der außerklinischen Intensivpflege sowohl in der geplanten Neuregelung als auch in der Fokussierung der Intensivpflege auf den stationären Bereich, wie formuliert, von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege mit Nachdruck abgelehnt. Es darf keinen Ausschluss der außerklinischen Versorgung im Haushalt oder an allen sonstigen geeigneten Orten, wie z.B. Kitas, Schulen, Arbeitsplatz oder auch Werkstätten für Menschen mit Behinderung geben.

2. Angesichts der hohen und dauerhaften finanziellen Belastungen, die insbesondere Dauerbeatmungspatientinnen und -patienten tragen mussten, begrüßen wir die Begrenzung der Zuzahlungen in § 37c Absatz 4 mit Nachdruck. Die im Referentenentwurf vorgesehene weitere Entlastung durch Übernahme der Kosten von Unterkunft und Verpflegung in vollstationären Einrichtungen sollte nicht dem Bereich der Satzungsleistungen überlassen werden.
3. Die Qualitätsvorgaben für die außerklinische Intensivpflege, die künftig in eigenen Rahmenempfehlungen nach § 132i SGB V festgelegt werden sollen, sind ein wesentlicher Meilenstein zur Verbesserung der Qualität. Analog zu den Rahmenempfehlungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a sehen wir jedoch dringenden Ergänzungsbedarf in Bezug auf Grundsätze der Vergütung unter Verankerung der Regelung, dass tarifliche Entlohnung stets als wirtschaftlich anerkannt werden muss. Nachbesserungsbedarf sehen wir auch in Bezug auf die Zusammensetzung der Schiedsstelle, die zwei und nicht nur ein weiteres unparteiisches Mitglied umfassen muss. Schiedsstellenbeschlüsse sollten, wie auch sonst üblich, mit einfacher und nicht mit Zweidrittelmehrheit gefällt werden.
4. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation bleibt die Regelung zur Begrenzung der Tragung von Mehrkosten, welche Versicherte zu zahlen haben, wenn sie eine andere als die von der Krankenkasse bestimmte Einrichtung in Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts belegen, auf die Hälfte buchstäblich auf halber Strecke stehen. Es gibt keinen Grund für eine Mehrkostenbelastung der Versicherten, sofern die gewählte Einrichtung eine gültige Vergütungsvereinbarung mit der jeweiligen Krankenkasse abgeschlossen hat.
5. Wir bewerten die Intention des Gesetzgebers, die geriatrische Rehabilitation zu stärken, als sehr positiv. Dem entspricht das Präjudiz der geriatrischen Verordnung durch den Arzt, die von der Krankenkasse nicht mehr geprüft werden darf. Im Unterschied zu anderen Leistungen der medizinischen Rehabilitation wird die geriatrische Reha künftig für drei Wochen und nicht für „längstens“ drei Wochen gewährt. Diese Regelungen müssen auch für eine

Verordnung des Krankenhauses zur Anschlussheilbehandlung (AHB) gelten. Hervorzuheben ist, dass die ärztliche Verordnung das Antragsrecht der Versicherten nicht einschränken darf, denn die Leistungen zur Rehabilitation müssen die Teilhabebedarfe ganzheitlich umfassen. Die Regelung des SGB IX, nach der Leistungen auf Rehabilitation als bewilligt gelten, wenn der Rehabilitationsträger nicht innerhalb der nach § 14 SGB IX vorgesehenen Fristen widerspricht, muss auch für die geriatrische Reha gelten. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass die Leistungsverbesserungen für die geriatrische Reha auch für alle anderen Fälle von medizinischer Rehabilitation nach § 40 SGB V gelten müssen. Darüber hinaus verweisen wir darauf, dass es neben einer geriatrischen Rehabilitation für pflegebedürftige und betagte Patienten auch eine gute ambulante, wohnortnahe interprofessionelle Versorgung durch ein Netzwerk von Hausärzten, Fachärzten, Pflegekräften und Heilmittelerbringern wie Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden geben muss. Der Gesetzentwurf sollte diesen Aspekt auch in den Blick nehmen.

6. Die Neuregelung zur Aufhebung der starren Vier-Jahres-Grenze für die erneute Bewilligung von Rehaleistungen für Kinder und Jugendliche entspricht einer langjährigen Forderung der Freien Wohlfahrtspflege. Die im Flexirentengesetz getroffenen positiven Neuregelungen zur Anhebung der Altersgrenze auf 27 Jahre und zur Festlegung der Mindestdauer der Leistungen auf vier Wochen sollten mit diesem Gesetzentwurf auch auf das SGB V übertragen werden.
7. Mit Nachdruck begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die von ihnen seit langem geforderte Bindung der Vergütungsverträge der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an die Grundlohnsumme nach § 71 SGB V, da damit die Anerkennung der Tarifbindung einhergeht. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, dass alle Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den Genuss tariflicher Regelungen kommen, um Lohndumping künftig zu vermeiden. Sehr positiv zu bewerten ist weiterhin die Einführung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen für Vergütungsverträge für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Diese Regelungen sollten auch einheitlich für die Rentenversicherung gelten und über § 38 SGB IX gewährleistet werden.
8. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen über den Gesetzentwurf hinaus zum Themenkomplex der Rehabilitation in zwei Punkten Ergänzungsbedarf: 1. Bereits mit dem TSVG hatten sich für einen eigenständigen Rechtsanspruch auf eine vor- und nachstationäre Beratungsleistung für die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige eingesetzt. Die Beratung soll sowohl passgenaue Leistungen erschließen als auch die Compliance und Nachhaltigkeit der Leistung im Alltag nach der Maßnahme sicherstellen. 2. Wie im Bereich der Rehabilitation sollte auch für den Bereich der Vorsorgeleistungen gelten, dass der Anspruch auf stationäre Vorsorge für pflegende Angehörige der Vorrang ambulanter Maßnahmen nicht gilt.

B. Stellungnahme zu den Einzelnormen

1. Außerklinische Intensivpflege

§ 37c Außerklinische Intensivpflege

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Einführung eines Rechtsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Patient/innen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege haben insgesamt einen hohen Bedarf an nach Zeitpunkt und Ausmaß nicht vorhersehbaren und sofortig notwendigen medizinisch-pflegerischen Interventionen, an hauswirtschaftlicher Versorgung sowie an psycho-sozialer Begleitung, Betreuung und Unterstützung. Die größte Gruppe der Menschen, die der außerklinischen Intensivpflege bedürfen, stellen ohne Zweifel die dauerbeatmeten Patient/innen dar, die nach intensivmedizinischer Behandlung im Krankenhaus zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen der Unterstützung durch implantierte oder technische Beatmungssysteme bedürfen. Daneben gibt es Patientengruppen, bei denen - abhängig vom Krankheitsbild bzw. den Komorbiditäten - der ständige Einsatz von Infusionspumpen, Ernährungspumpen, Dialysegeräten etc. erforderlich sein kann.

Viele Patientinnen und Patienten befinden sich zudem im erwerbsfähigen Alter oder gehen zur Schule und können trotz Bedarfs an intensivpflegerischer Versorgung ein normales Alltags- und Berufsleben führen. Sie haben jedoch gleichzeitig einen hohen Bedarf an Leistungen zur Förderung der Teilhabe im häuslichen Bereich und in ihrem Alltagsleben. So muss es beispielsweise möglich sein, dass Kinder in Schulen ihren Teilhabebedarf an Schulassistenz in Anspruch nehmen können und gleichzeitig und parallel dazu intensivpflegerisch rund um die Uhr von einer Pflegefachkraft versorgt werden, da die Sicherstellung der Pflege die Voraussetzung für die Erfüllung der Teilhabebedarfe ist.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass die Verordnung für die außerklinische Intensivpflege, wie in § 37c Absatz 1 Satz 2 ausgeführt, nur durch dafür besonders qualifizierte Arztgruppen erfolgen darf. Diese müssen jedoch weiter gefasst werden als in der Begründung vorgegeben und neben den Fachärztinnen und -ärzten für Pneumologie und Lungenheilkunde auch die Fachärztinnen und -ärzte für Anästhesie, Fachärztinnen für physikalische und rehabilitative Neurologie und Hals-Nasen-Ohrenkunde umfassen, sofern sie beatmungsmedizinische Weiterqualifikationen aufweisen. Auch Hausärztinnen und -ärzte mit entsprechender intensivmedizinischer Weiterbildung sollten die Verordnung ausstellen können, denn gerade sie üben häufig bei diesen Patientengruppen die Koordinationsfunktion im erforderlichen Versorgungsnetzwerk aus. Die Begründung sollte um die genannten Facharztgruppen erweitert werden.

Nachdrücklich begrüßt wird, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege für Dauerbeatmete das Weaningpotenzial erheben und in der Verordnung dokumentieren müssen. In der Begründung sollte klargestellt werden, dass dies nicht nur für die Ausstellung der Erstverordnung, son-

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

dem auch von Folgeverordnungen gilt. Grundsätzlich sei an dieser Stelle angemerkt, dass es bei Intensivpatient/innen zunächst Aufgabe des Krankenhauses sein muss, das Weaningpotenzial zu erheben und zu dokumentieren und die Entwöhnung in allen Fällen, in denen dies grundsätzlich möglich ist, einzuleiten.

Sachgerecht ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Inhalt und Umfang der Leistungen in einer Richtlinie bestimmen soll. Die Anforderungen an die Zusammenarbeit der an der Versorgung der beteiligten Leistungserbringer, deren Qualifikation und die Voraussetzungen an die Ausstellung der Verordnung einschließlich des Verfahrens zum Weaningpotenzial sind jedoch nicht Gegenstand der Leistungsdefinition in § 37c, sondern der Rahmenempfehlungen nach § 132i SGB V; dort sind sie auch geregelt. Im Gesetzestext ist auch zu spezifizieren, dass die neue Richtlinie in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 zu verorten ist. Die für den Erlass der Richtlinie vorgesehene Frist bis zum 30. Juni 2020 erachten wir als zu ambitioniert, sofern der Gesetzentwurf zum 1.1.2020 oder sogar später in Kraft tritt.

Mit der Einführung eines eigenständigen Rechtsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege darf das Wahlrecht der Versicherten auf den Ort der Leistungserbringung keinesfalls – wie in Absatz 2 vorgesehen – auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder ambulante Intensiv-WGs nach § 132i beschränkt sein und nur im Ausnahmefall aufgrund einer Prüfung der Zumutbarkeit in der Häuslichkeit, der Familie oder an anderen geeigneten Orten erfolgen. Insoweit wird die Einschränkung des Orts der außerklinischen Intensivpflege sowohl in der geplanten Neuregelung des § 37 Absatz 2 Satz 3 als auch in der Fokussierung der Intensivpflege auf den stationären Bereich, wie in § 37c Absatz 2 Satz 1 formuliert, von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege mit Nachdruck abgelehnt. Es darf keinen Ausschluss der außerklinischen Versorgung im Haushalt oder an allen sonstigen geeigneten Orten, wie z.B. Kitas, Schulen, Arbeitsplatz oder auch Werkstätten für Menschen mit Behinderung geben. Absatz 2 ist somit komplett neu zu formulieren.

An dieser Stelle sei zu den Formulierungen des Referentenentwurfs in Absatz 2 des § 37c grundsätzlich angemerkt, dass das Recht der Sozialversicherung an sich keine Zumutbarkeitsprüfung kennt. Zudem sind die in Absatz 2 Satz 3 erwähnten Prüfkriterien der persönlichen, familiären oder örtlichen Umstände so offen formuliert, dass sie den Krankenkassen ein weites Ermessen eröffnen würden. Des Weiteren dürfte sich die Regelung für die Kinder und Jugendlichen nicht starr auf die Altersgrenze von 18 Jahren beschränken, sondern müsste Übergangsregelungen auch für junge Erwachsene jenseits des 18. Lebensjahrs vorsehen, die seit dem Kindesalter beatmet sind.

Geteilt wird jedoch der Ansatz des Gesetzentwurfs, dass die außerklinische Intensivpflege eines hohen Qualitätsstandards bedarf. Dieser muss sowohl in der Häuslichkeit, in der vollstationären Versorgung als auch quasi-stationären Settings, zu denen die Intensiv-WGs gehören, gewährleistet sein.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Regelungen zur Beschränkung der finanziellen Eigenbelastung, die in den Absätzen 3 und 4 getroffen werden. Die außerklinische Intensivpflege muss – wie im häuslichen Bereich – auch in stationären

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

nären Settings vollumfänglich aus dem SGB V finanziert werden. Der Gesetzentwurf sollte zudem regeln, dass bei außerklinischer Intensivpflege auch Unterkunft und Verpflegung ganz von der Krankenkasse übernommen werden und nicht nur, wenn die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht. Des Weiteren ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Zuzahlungen für außerklinische Intensivpflege, sofern sie in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Versorgungseinheiten nach § 132i SGB V erfolgt auf die Zuzahlungshöhe begrenzt wird, die für den stationären Bereich gilt, nämlich 280 Euro pro Kalenderjahr.

Änderungsbedarf

Der Satz zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § Absatz 1 Satz 4 soll wie folgt ergänzt bzw. geändert werden:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 **Absatz 1 Satz 2 Nr. 6** bis zum **31.12.2020** den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ~~sowie deren Qualifikationen~~ und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials.“

§ 37c Absatz 2 wird wie folgt neu formuliert:

„Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege besteht unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten

- im Haushalt oder in der Familie des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, am Arbeitsplatz oder auch in Werkstätten für behinderte Menschen
- in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, oder
- in einer Intensiv-Pflegegemeinschaft im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1.“

Folgeänderung: § 37 Absatz 2 Satz 3 neu (Nummer 1 RefE) wird entsprechend gestrichen.

In Absatz 3 Satz 2 sind die Wörter „Die Satzung kann bestimmen, dass“ zu streichen und zu ersetzen durch „Die Krankenkasse bestimmt“.

§ 132i Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege (i.V. mit § 132a Absatz 1 Satz 5 und Absatz 4 Satz 14)

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V in einer eigenen Rahmenempfehlung geregelt wird. Insofern sind die Änderungen in § 132a SGB V folgerichtig. Die Fehlentwicklungen und Qualitätsprobleme, die in den letzten Jahren aufgetreten sind, müssen dringend durch einheitliche Qualitätsstandards und -vorgaben korrigiert werden. Es ist zu begrüßen, dass die Krankenkassen nur noch mit Leistungserbringern, die die Qualitätsvorgaben nach Absatz 2 erfüllen, Versorgungs- und Vergütungsverträge abschließen dürfen (Absatz 5). Dabei ist anzumerken, dass die Intensiv-WGs nicht als „Wohneinheiten“, wie in Absatz 5 Nummer 1, vorgesehen, bezeichnet werden sollten, sondern

Stellungnahme der BAGFW

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

als „Intensiv-Pflegegemeinschaften“. Primärer Zweck der Intensiv-Pflegegemeinschaftens ist nicht das Wohnen, sondern die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Diese Argumentation unterstützt auch die gegenwärtige Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit zum Heimrecht. So hat z.B. das VG Düsseldorf entschieden, dass „Einrichtungen, in denen Bewohner wegen ihres Gesundheitszustands auf eine ‚Rund-um-die-Uhr-Betreuung‘ angewiesen sind und der Pflegedienst eine Vollversorgung gewährleistet, keine „Wohngemeinschaft“, sondern eine „Heim-Einrichtung im Sinne des § 38 WTG-NRW“ (Urteil VG-Düsseldorf vom 24.11.2017 – 26 K 6422/16) darstellen.

Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach § 132i Absatz 2 orientieren sich an den bisherigen Vorgaben aus § 132a SGB V. Dies ist sachgerecht. Bisher nicht im Referentenentwurf enthalten sind Vorgaben für „Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen“ (vgl. § 132a Absatz 1 Satz 4 Ziffer 6). Dies ist zu ergänzen, um klare Vorgaben insbesondere für die Anerkennung tariflich vereinbarter Vergütungen einschließlich entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbaren zu können. Für die außerklinische Versorgung bedarf es neben der Definition der personellen Anforderungen auch spezifischer Anforderungen an die räumliche, sächliche und technische Ausstattung der stationären Einrichtungen und Intensiv-Pflegegemeinschaften, wie z.B. der Schadstoffmessung und Innenraumbe-
lüftung sowie spezifischer hygienischer Anforderungen. Dieser Aspekt ist in den Regelungsinhalten der Rahmenempfehlungen zu ergänzen.

Die Schiedsstellenregelung erachten wir als korrekturbedürftig. Den maßgeblichen Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten auf Bundesebene einerseits und den Vertretern der Krankenkassen andererseits muss jeweils die gleiche Stimmenzahl eingeräumt werden. Um zu einer Stimmenmehrheit zu gelangen, bedarf es eines/einer unparteiischen Vorsitzenden und – wie sonst auch üblich – zweier weiterer unparteiischer Mitglieder. Da Absatz 4 in der vorliegenden Form des Referentenentwurfs die genaue Anzahl der Stellvertreterinnen und Stellvertreter bestimmt, ist völlig unklar, warum eine Rechtsverordnung des BMG das Nähere über die „Zahl“ der Mitglieder bestimmen sollte, denn diese sind durch den Gesetzentwurf exakt festgelegt. Ebenso unüblich ist, dass die Entscheidungen der Schiedsstelle mit 2/3-Mehrheit getroffen werden soll. Der Referentenentwurf weist an dieser Stelle auch einen Fehler auf. Satz 11 verweist bezüglich der Geschäftsordnung, die sich die Schiedsstelle geben soll, auf die Schiedsregelung zu den Rahmenverträgen über die Arzneimittelversorgung, nämlich auf § 129 Absatz 9 und 10. In Absatz 9 des § 129 Satz 3 ist geregelt, dass die Entscheidungen der Schiedsstelle mit der Mehrheit der Mitglieder zu treffen sind, mithin nicht mit einer Zweidrittel-Mehrheit. Diese Regelung sollte auch in § 132i übernommen werden und im Gesetzestext ohne Verweis auf die Rahmenempfehlung zur Arzneimittelversorgung aufgenommen werden.

Wie zu Absatz 2 schon erwähnt, fehlt es im vorliegenden Referentenentwurf an Vorgaben für die Vergütungsstrukturen. Analog zu § 132a Absatz 4 Sätze 5 bis 7 muss festgelegt werden, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann und insoweit die Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V nicht gilt.

Zu begrüßen ist, dass die Leistungserbringer nach § 132i Absatz 6 für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege Kooperationsvereinbarungen mit entsprechend spezialisierten Fachärzten sowie therapeutischen Leistungserbringern, insbesondere Logopäd/innen, Ergotherapeute/innen und Physiotherapeut/innen zu schließen haben oder aber diese Versorgung mit eigenem Personal sicherstellen müssen. Da unklar ist, was der Begriff „rehabilitative Versorgung“ im Zusammenhang mit der Versorgung durch die genannten Gruppen von Heilmittelerbringer/innen bedeutet und da auf diese Weise ggf. neue Abgrenzungsprobleme zur frührehabilitativen und rehabilitativen Versorgung entstehen könnten, sollte dieser Begriff gestrichen werden.

Darüber hinaus verweisen wir darauf, dass § 132i SGB V mit Inkrafttreten des GSAV bereits für Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren belegt ist; auch im geplanten Masernschutzgesetz ist ein § 132i vorgesehen; insoweit muss die Nummerierung des Paragraphen an die bestehende Gesetzeslage angepasst werden.

Änderungsbedarf

In Absatz 2 ist folgende Ziffer 6 zu ergänzen:

„Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte.“

Die Schiedsstellenregelung in Absatz 4 ist wie folgt abzuändern:

4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, auf Bundesebene und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegebedürftigen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus je zwei Vertretern der Krankenkassen einerseits und, der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Pflegedienste andererseits in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei einem weiteren unparteiischen Mitgliedern. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme der oder des Vorsitzenden den Ausschlag.

In Absatz 5 Nummer 1 wird das Wort „Wohneinheit“ durch „Intensiv-Pflegegemeinschaft“ ersetzt. Des Weiteren werden Formulierungen zur Anerkennung der Tarifbindung wie folgt nach Satz 1 eingefügt:

„Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen kann

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 3 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“

In Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 wird das Wort „rehabilitative“ gestrichen.

2. Rehabilitation

§ 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

Absatz 2 Satz 4: Mehrkostentragung

Durch Einfügung der Worte „zur Hälfte“ in Absatz 2 Satz 4 soll neu bestimmt werden, dass Versicherte, die eine andere als die von den Krankenkassen bestimmte zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählen, nur mehr die Hälfte, statt die gesamten Mehrkosten tragen. Es ist zu begrüßen, dass die Wahlfreiheit der Versicherten durch diese Neuregelung gestärkt wird. Dies ist wichtig, da Problemanzeigen aus der Praxis zeigen, dass das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX durch die Krankenkassen oftmals sehr eng ausgelegt und durch wirtschaftliche Erwägungen limitiert wird. Jedoch bleibt die Regelung auf der Hälfte der Stecke stehen. Zum einen wird die Frage nach der Angemessenheit der Mehrkosten in der Praxis weiterhin Streitfälle auslösen. Zum anderen bleibt die Ungleichheit, dass sich einkommensstärkere Rehabilitanden die Inanspruchnahme der Einrichtung ihrer Wahl leisten können, während für einkommensschwächere Rehabilitanden das Wunsch- und Wahlrecht de facto weiter geschwächt ist, im Grundsatz bestehen.

Änderungsbedarf

§ 40 Absatz 2 Satz 4 ist wie folgt zu formulieren:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, die die medizinischen Erfordernisse in gleicher Weise erfüllt, hat er dadurch entstehende Mehrkosten nicht zu tragen, sofern der Träger der Einrichtung eine Vergütungsvereinbarung nach § 111 Absatz 5 mit einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen hat.“

Zugleich weisen wir darauf hin, dass eine Neuregelung im SGB V alleine problematisch ist. Mit dem SGB IX wurde ein leistungsträgerübergreifendes Teilhaberecht geschaffen. Die Einheitlichkeit des Rehabilitationsrechts sollte nicht verletzt, sondern gewahrt und aus diesem Grund eine entsprechende Formulierung auch in das SGB IX aufgenommen werden.

Absatz 3: Geriatrische Rehabilitation

Die Absicht des Gesetzgebers, den Zugang zu Leistungen der geriatrischen Rehabilitation zu erleichtern, wird ausdrücklich begrüßt. Der Personenkreis der geriatrischen Patienten kann in besonderem Maße von dem interdisziplinären und teilhabeorientierten Ansatz der medizinischen Rehabilitation profitieren.

Mit der gesetzlichen Neuregelung soll zukünftig die mit ärztlicher Verordnung nachgewiesene medizinische Erforderlichkeit für diesen Personenkreis nicht mehr überprüft werden.

Stellungnahme der BAGFW

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Auch für die Rehabilitationsanträge anderer Zielgruppen sind erleichterte Zugänge vorgesehen, in dem Sinne, dass nur auf der Grundlage eines MDK Gutachtens von der ärztlichen Verordnung abgewichen werden kann.

So sehr diese Erleichterungen im Grundsatz begrüßt werden, wird aber als problematisch gesehen, dass zwischen der geriatrischen Rehabilitation und „allen anderen Fällen“ unterschieden wird. In der medizinischen Rehabilitation sollten einheitliche Regeln zur Reichweite der Entscheidungen nach § 40 Abs. 3 gegeben sein. Diese Regeln sollten kompatibel sein mit den diesbezüglichen Bestimmungen des SGB IX, sonst droht das Rehabilitationsrecht zu zerfasern.

Darüber hinaus darf das Antragsrecht der Versicherten beim Leistungszugang durch die Neuregelung nicht eingeschränkt werden. Die Krankenkassen müssen auch in Zukunft unabhängig vom Zugang des Versicherten über die vertragsärztliche Versorgung bei einem eigenen Antrag eines Versicherten den Rehabilitationsbedarf (nach § 13 SGB IX) ermitteln. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass eine vertragsärztliche „geriatrische Indikation“ nicht mit der Ermittlung eines Teilhabebedarfs verwechselt werden darf, sondern sich allein auf die kurativen Aspekte bezieht.

Als problematisch wird gesehen, dass sich die Regelungen ausschließlich auf die vertragsärztliche Versorgung beziehen. Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung (AHB) wird durch das Krankenhaus festgestellt, ob eine Rehabilitationsleistung erforderlich ist. Auch für diese Konstellation sollten Neuregelungen gleichermaßen gelten. Ausgenommen sind nur Fälle, die direkt nach dem Krankenhaus in die Reha-Einrichtung verlegt werden, ohne dass die Entscheidung des Reha-Trägers abgewartet werden kann.

Änderungsbedarf

Um die ärztliche Verordnung zu stärken, Zugangshürden zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (und stationären Vorsorge) zu senken, jedoch auch die Kompatibilität mit dem SGB IX zu sichern, schlägt die BAGFW vor, dass die Beantragung bzw. ärztliche Verordnung von Leistungen zu medizinischer Rehabilitation (und der stationären Vorsorge für Mütter und Väter) dann als vom Rehabilitationsträger als bewilligt gilt, wenn der Rehabilitationsträger nicht innerhalb einer Frist (die mit den Regelungen der §§ 14 ff SGB IX abzugleichen ist) begründet widerspricht und seinerseits den Rehabilitationsbedarf durch eine Untersuchung des Versicherten ermittelt.

In diesen Fällen einer eigenen Bedarfsermittlung sollten Versicherte sowie der verordnende Arzt die gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erhalten. Dies erhöht die Transparenz und die Akzeptanz der Entscheidung der Krankenkasse. Die Rolle des Versicherten als informierter Patient und die des Arztes als am Versorgungsprozess verantwortlicher Teilnehmender werden gestärkt.

Absatz 3: Dauer der Leistung

Im neuen Satz 6 des Absatzes 3 wird formuliert, dass die Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

für drei Wochen erbracht werden. Damit wird wiederum ausschließlich für die geriatrische Rehabilitation eine Sonderregelung geschaffen, die nicht für die anderen Fallkonstellationen der medizinischen Rehabilitation gilt: Aktuell geltender Absatz 3 Satz 4 bestimmt, dass ambulante Rehabilitationsleistungen für längstens 20 Behandlungstage, stationäre für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Zur weiteren Einheitlichkeit sollte in § 40 Absatz 3 geregelt werden, dass die medizinische Rehabilitation für alle Fallkonstellationen in der Regel im ambulanten Bereich 20 Behandlungstage und im stationären Bereich drei Wochen umfassen soll, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Änderungsbedarf:

Streichung des Wortes „längstens“ aus Absatz 3 Satz 4. Die geplante Änderung des Satzes 6 wird dadurch überflüssig.

Generell weisen wir darauf hin, dass der Gesetzentwurf am grundlegenden Problem, dass pflegebedürftige Menschen und geriatrische Patientinnen und Patienten vom Angebot der geriatrischen Rehabilitation voraussichtlich auch weiterhin zu wenig Gebrauch machen, wenig ändern wird. Ältere und pflegebedürftige Menschen sind häufig nicht bereit, eine stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, selbst wenn diese von der Krankenkasse genehmigt wird. Zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung bedarf es daher eines niedrighwelligeren Zugangs in Form eines ambulanten, wohnortnahen Versorgungsangebots, das auf die rehabilitativen Bedarfe älterer Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist und darauf abzielt, der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Ziel muss sein, die Selbständigkeit zu erhalten und das Wohnen im gewohnten Umfeld zu ermöglichen. Mobilitätserhalt, Bewegungsförderung und Sturzprophylaxe, Behandlung von Ernährungsstörungen und Inkontinenzproblemen, Medikamentenmanagement und Wundversorgung sollten dabei zentrale Themen sein. Wesentlich für eine Stärkung der Rehabilitationspotenziale geriatrischer Patientinnen und Patienten sind therapeutische Angebote der Heilmittelerbringer wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Insgesamt bedarf es einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung in einem interprofessionellen Netzwerk, bestehend aus Hausärzten, Fachärzten, Pflegekräften und Heilmittelerbringern.

Des Weiteren sei darauf hingewiesen, dass die geriatrische Rehabilitation den Zugang zu indikationsspezifischer Rehabilitation nicht beeinträchtigen sollte. Die indikationsspezifische Rehabilitation hat sich gerade bei Patientinnen und Patienten mit orthopädischen oder neurologischen Erkrankungen als effizient erwiesen.

Die Patientengruppen, die mit diesem Gesetzentwurf in den Blick genommen werden sollten, könnten ferner von einem guten Angebot an Frührehabilitation im Krankenhaus profitieren, an dem es mangelt. Wesentliche Ursache ist eine unzureichende Finanzierung, da die Therapien in der OPS der Frühreha nicht erlösrelevant abgebil-

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

det werden. Des Weiteren gibt es keine bundesweit einheitliche Ausweisung von Betten für die Frührehabilitation im Bedarfsplan der Länder.

Absatz 3: Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Durch die Neuregelung in Satz 8 neu Absatz 3 wird für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben die 4-Jahresfrist zur erneuten Bewilligung aufgehoben. Die Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen erfordern einen möglichst flexiblen Rahmen für die Beurteilung, wann welche Leistung notwendig und zielführend ist. Die Neuregelung wird daher sehr begrüßt. Sie folgt den Neuerungen des „Flexirentengesetzes“ hinsichtlich der Bestimmungen der Kinderrehabilitation (vgl. § 15 a SGB VI Abs. 4).

Vor dem Hintergrund der gesetzlich gegebenen Doppelzuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung für die Kinderrehabilitation und zur Sicherstellung eines einheitlichen Leistungsrahmens für die Betroffenen halten wir es darüber hinaus für erforderlich, auch weitere Bestimmungen der Kinderrehabilitation nach § 15 a SGB VI in das SGB V zu harmonisieren und damit die Leistungen im SGB V entsprechend zu verbessern; zu denken ist an die grundsätzliche Festlegung der Altersgrenze für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen auf 27 Jahre oder die Festlegung der Mindestdauer der Leistungen auf mindestens vier Wochen.

Absatz 3: Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands zur geriatrischen Rehabilitation

Es wird begrüßt, dass der GKV-Spitzenverband dem Bundestag einen Bericht zur geriatrischen Rehabilitation vorlegen muss. Das stärkt die Umsetzungsverpflichtung und drückt eine politische Verantwortungsübernahme durch BMG und Bundestag aus.

§ 111 SGB V Absatz 5: Aufhebung der Grundlohnsummenbindung für Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Mit der Neuregelung des Absatzes 5 soll künftig für Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die Grundlohnsummenbindung nach § 71 nicht mehr gelten. Des Weiteren sollen die tarifvertragliche Vergütung bzw. entsprechende Vergütungen nach kirchlichem Arbeitsrecht nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich seit Jahren für eine Anerkennung der Tarifbindung einschließlich der Anerkennung der Tarifsteigerungen in den verschiedenen Leistungsbereichen unter Aufhebung der Deckelung der Vergütungen in Höhe der Grundlohnsumme ein. Diese ist grundlegend, um eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation weiterhin zu sichern und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Einrichtungen, die der Tarifbindung unterliegen, dürfen keine Wettbewerbsnachteile gegenüber kostengünstigeren Einrichtungen erleiden, die ihr Personal nicht tariflich entlohnen.

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Die vorgesehenen Neuregelungen zu den tarifvertraglichen Vergütungen sind identisch mit den Bestimmungen nach § 38 Abs. 2 SGB IX, also bereits jetzt geltendes Recht für die Rehabilitationseinrichtungen, das nun identisch und sachgerecht auch die Vorsorgeeinrichtungen einbezieht. Zwar wäre ein bloßer Verweis auf § 38 SGB V ausreichend und auch der Rechtssystematik des SGB IX entsprechend, jedoch lässt die Übernahme im SGB V nunmehr keinen Zweifel für die Geltung sowohl für die Rehabilitations- als auch die Vorsorgeeinrichtungen zu. Zur weiteren Eindeutigkeit sollte auch in den §§ 111, 111a und c SGB V klargestellt werden, dass es sich dabei um Verträge nach § 38 SGB IX handelt.

Darüber hinaus setzt sich die BAGFW dafür ein, dass alle Einrichtungen und Dienste der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge, die einen Versorgungsvertrag erhalten, der Tarifbindung bzw. dem kirchlichen Arbeitsrecht unterliegen. Auf diese Weise soll gesichert werden, dass alle Beschäftigten dieses Sektors in den Genuss kollektiver Regelungen kommen und Lohndumping vermieden wird. Wir sehen darin einen entscheidenden Schritt, den sozialrechtlich regulierten Rehamarkt im Sinne sowohl einer hochwertigen Rehabilitation als auch im Sinne der Beschäftigten sowie fairer Wettbewerbsbedingungen zu gestalten.

Ferner wiederholt die BAGFW ihre in der Stellungnahme zum TSVG vom 10.01.2019 zum § 95 SGB V formulierte Forderung, dass Kapitalinvestoren keinen Zugang in den Reha- und Pflegesektor erlangen sollten.

§ 111 Absatz 7 i.V. mit § 111b Absatz 6 SGB V: Bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Schaffung einer Bundesschiedsstelle

Ein neuer Absatz 7 bestimmt, dass die Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer und der GKV-Spitzenverband verbindliche und bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge für die Erbringung stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vereinbaren. Die Schiedsstelle nach § 111b Abs. 6 kann angerufen werden. Diese Stärkung der Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern, für die sich die BAGFW lange eingesetzt hat, wird sehr begrüßt. Geantwortet wird damit auch auf das Problem, dass Vergütung einerseits und erwartete Leistungserbringung andererseits in den letzten Jahren deutlich auseinander laufen, aber bislang auf Bundesebene Vergütungsfragen nicht verhandelt werden. In Absatz 7 Satz 1 ist jedoch zu präzisieren, welche „maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ für die Verhandlungen gemeint sind.

Änderungsbedarf

In Absatz 7 Satz sind die Wörter „die maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ durch die Wörter „die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ zu ersetzen.

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Auch in dieser Thematik weisen wir auf die Notwendigkeit hin, die Einheitlichkeit des Leistungserbringungsrechts in der Rehabilitation inkl. der medizinischen Rehabilitation zu wahren. Entsprechende Verhandlungen sollten auch für die anderen Träger der medizinischen Rehabilitation (wie zum Beispiel der Rentenversicherung), die Verträge nach § 38 SGB IX abschließen, über identische Regelungen im SGB IX bestimmt sein.

§ 111a Absatz 1 SGB V: Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen

Die Bestimmungen des § 111 Absatz 7 gelten auch für diesen Leistungsbereich. Dies wird ausdrücklich begrüßt.

§ 111c SGB V: Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

In Absatz 3 werden die Neuregelungen zur Nichtgeltung der Grundlohnsummenbindung, zur Anerkennung der Tarifbindung sowie die Bestimmungen zu den Rahmenempfehlungen einschließlich des Schiedsverfahrens auf die ambulanten Reha-Einrichtungen übertragen. Dies begrüßen wir nachdrücklich.

C. Ergänzende Änderungsbedarfe

Über die im RISG vorgeschlagenen Novellierungen hinaus möchte die BAGFW auf weitere Probleme und Nachbesserungsbedarfe zur medizinischen Rehabilitation hinweisen:

1. §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V: Verbesserungen medizinischer Rehabilitation und Vorsorge für Mütter, Väter und pflegende Angehörige: Einführung einer vor- und nachstationären Beratungs- und Betreuungsleistung

Bereits in der Stellungnahme der BAG der Freien Wohlfahrtspflege zum TSVG wurde herausgearbeitet:

Eine gute medizinische Versorgung der Versicherten im Bereich der Rehabilitation und Vorsorge umfasst auch eine Beratung zur umfassenden Bedarfsklärung sowie nachsorgende Leistungen. Die Beratung im Kontext der stationären medizinischen Rehabilitation und Vorsorge von Müttern und Vätern im Rahmen der Müttergenesung leistet hier einen wichtigen Beitrag zu einer effektiven und nachhaltigen Gesundheitsversorgung für die Versicherten. In den letzten Jahren ist die Beratung auf pflegende Angehörige erweitert worden. Die typischen Gesundheitsprobleme dieser Antragsteller/innen sind geprägt durch eine hohe Relevanz der person- und umweltbedingten Kontextfaktoren, wie beispielsweise familiäre Probleme, sowohl als Bedingungsfaktor des Gesundheitsproblems als auch in Bezug auf Teilhabebeeinträchtigungen. Vor allem für Mütter oder Väter in prekären Lebenssituationen oder mit sozialer Benachteiligung übernimmt die Beratung eine wichtige Lotsenfunktion und mindert Zugangshürden zu den erforderlichen Gesundheitsleistungen. In der Beratung wird insbesondere die psychosoziale Dimension des Gesundheitsproblems festgestellt und geprüft, welche Maßnahme der jeweiligen individuellen Lebens- und Ge-

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

sundheitssituation der Mütter und Väter am zielführendsten entspricht. Das können Rehabilitationsmaßnahmen sein, aber oft auch ergänzende Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen. Wesentlich sind auch die realistische Erwartungs- und therapievorbereitende Zielklärung mit den Versicherten im Vorfeld einer stationären Rehabilitation/Vorsorge sowie nachsorgende Angebote. Die Versicherten können so von einer höheren Effizienz und Nachhaltigkeit profitieren.

Aus den Daten des Müttergenesungswerkes, das alle entsprechenden Beratungsstellen im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege erfasst, geht hervor, dass das Beratungsergebnis bei allen Ratsuchenden und an einer solchen Maßnahmenbeantragung Interessierten lediglich bei 50 Prozent in eine konkrete Antragstellung mündete; in den anderen Fällen wurden die Ratsuchenden zu anderen passgenauen Hilfsangeboten vermittelt. Mit ihren Informations-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen tragen die Beratungsstellen somit zu einer auf die „ganze Person“ gerichteten und sektorenübergreifend angelegten Versorgung der Patientengruppen bei.

Die bisher weit überwiegend aus Eigen- und Spendenmitteln der Wohlfahrtsverbände finanzierten Beratungsstellen der Trägerverbände im Müttergenesungswerk sind durch Mittelrückgänge in vielen Ländern und Regionen bedroht. Um diese wichtige Versorgungsstruktur für die Versicherten auch in Zukunft und in allen Regionen abzusichern, weiterhin qualitativ gut auszugestalten sowie 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, sprechen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und das Müttergenesungswerk gemeinsam dafür aus, die vor- und nachstationäre Beratung als gesetzliche Leistung zu statuieren.

In den letzten Jahren ist bei allen Beteiligten (Leistungserbringern und Leistungsträgern) das Bewusstsein dafür gewachsen, die Nachhaltigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu stärken. Ausdruck dafür sind auch die auf Nachsorge bezogenen Bestimmungen des „Flexirentengesetzes“ (§ 17 SGB VI). Auch die Notwendigkeit, pflegenden Angehörigen den Zugang zu Reha-Leistungen zu erleichtern ist unbestritten, davon zeugen die Änderungen durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Sachlage wird vorgeschlagen: **Versicherte sollen einen Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des MGW erhalten, um die Ziele der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge nach §§ 23 und 41 SGB V zu sichern.** Durch Ergänzungen der §§ 23,40 SGB V ist der Rechtsanspruch auch auf die Personengruppe der pflegenden Angehörigen zu beziehen.

In Rahmenverträgen, die in einem neuen § 132 i zu vereinbaren sind, haben sich Krankenkassen und die Träger der Beratungsstellen und das Müttergenesungswerk auf Bundesebene auf die institutionellen Rahmenbedingungen zu verständigen (Anforderungen, Inhalte, Vergütungsgrundsätze, Qualität usw.).

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Änderungsbedarf:

§ 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 Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.

§ 23 Abs. 4 S. 2 HS 2 SGB V (Verweis für pflegende Angehörige ergänzt):

- (4) 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. Für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht; **§ 24 Abs. 4 gilt entsprechend**. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.

§ 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 Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.

§ 40 Abs. 2 S. 2 HS 2 SGB V (Verweis für pflegende Angehörige ergänzt):

- (2) 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. Für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht; **§ 41 Abs. 4 gilt entsprechend**. (...)

§ 132x Versorgung mit vor- und nachstationärer Beratung und Betreuung für Mütter und Väter (neu):

- (1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen schließen mit geeigneten Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder mit vergleichbaren Beratungsstellen Verträge über die Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen nach §§ 23 Abs. 4 S. 2, 2. HS, 24 Abs. 4, 40 Abs. 2 S. 2 2. 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 Leistungserbringer und Inhalte der Leistungen sowie Grundsätze der Vergütung mit dem Ziel einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung. Für die Verträge nach Abs. 1 und 2 gelten die Schiedsstellenregelungen nach § 111 SGB V bzw. SGB IX.

Stellungnahme der BAGFW

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

Zudem regen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an, dass in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V Aussagen über die Sicherung und Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur zur gesundheitlichen und psycho-sozialen Beratung, insbesondere für Familien in besonderen Belastungssituationen getroffen werden sollen.

2. Medizinische Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige

Bereits in der Stellungnahme der BAG der Freien Wohlfahrtspflege zum PPSG wurde gefordert, dass der Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen nicht nur für Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 SGB V gelten soll, sondern auch für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V. Mit dem PNG wurde auch in § 23 Absatz 5 SGB V vorgegeben, dass bei der Vorsorge die „besonderen Belange pflegender Angehöriger“ zu berücksichtigen seien.

Die Verbände der BAGFW fordern deshalb, dass auch beim Anspruch auf stationäre medizinische Vorsorge der Vorrang ambulanter Maßnahmen vor stationär für pflegende Angehörige ausgenommen wird. So würde für pflegende Angehörige nachvollzogen, was in den §§ 24 und 41 SGB V bereits für Mütter und Väter gleichermaßen für die stationäre Vorsorge wie auch für die stationäre Rehabilitation geregelt und in ähnlich belastender Alltagssituation begründet ist.

Berlin, 06.09.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)
Andreas Elvers (elversa@drk.de)

Stellungnahme der BAGFW
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)