

**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 – IPreG)
(BT-Drs. 19/19368)**

A. Einleitung und Zusammenfassung

Der vorgelegte Gesetzentwurf greift mit seinen positiven Ansätzen zur Schaffung eines Rechtsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege und 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. Gleichzeitig darf die Qualitätssicherung nicht zulasten der Selbstbestimmung der betroffenen Patientinnen und Patienten gehen. Auch ein Mensch mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf muss seinen Lebensmittelpunkt frei wählen dürfen und es ist Aufgabe der Krankenkassen und Leistungserbringer, dass seinem Wunsch entsprochen werden kann.

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 Gesetzentwurf 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. Der Ausbau von Weaning-Kapazitäten in Einrichtungen ist daher gezielt zu fördern.

¹ Es liegen keine verlässlichen Daten vor. Die KBV geht aufgrund von Abrechnungsdaten von ca. 15.000 invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten aus, die DIMI (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

Auch im zweiten Regelungsbereich des vorgelegten Gesetzentwurfs 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 Reha-Einrichtung 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 Gesetzentwurf 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 zerfasert. 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. Sehr positiv zu bewerten ist die Regelung der Anerkennung der Tarifbindung zu, die jetzt neu für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen vorgesehen wird; sie ist für den Bereich der Reha allerdings an sich schon geltendes Recht nach § 38 SGB IX.

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

1. Der Rechtsanspruch auf eine außerklinische Intensivpflege nach dem neuen § 37c SGB V wird ausdrücklich begrüßt. Positiv bewertet wird, dass gegenüber dem Referentenentwurf nun der Haushalt, die Familie oder sonstige geeignete Orte wie Schulen, Kitas oder die Werkstatt für behinderte Menschen reguläre Leistungsorte für die außerklinische Intensivpflege sind. Dafür hatte sich die BAGFW zusammen mit vielen anderen Verbänden der Behindertenhilfe vehement eingesetzt. Als Leistungsorte zu ergänzen sind „**betreute Wohnformen**“, um die bisherige Rechtslage unzweifelhaft aufrechtzuerhalten. Für Menschen, die dauerhaft auf außerklinische Versorgung angewiesen sind, sollte ein gesetzlicher Ausnahmetatbestand geschaffen werden, wonach das Weaning-Potenzial bei diesen Krankheitsbildern nicht bei jeder Verordnung zu erheben ist.
2. **Nachbesserungsbedarfe** sehen wir jedoch nach wie vor im Bereich der **häuslichen und ambulanten Versorgung** nach § 37c:
 - Nicht der Versicherte, sondern der ihn versorgende Dienst sollte nachweisen müssen, dass er die Versorgung „**tatsächlich und dauerhaft**“ sicherstellt, dieses Kriterium ist aus § 37c zu streichen. Der sanktions-

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

bewährte Sicherstellungsnachweis ist, wie auch in anderen Leistungsfällen, durch die Prüfung nach § 275b SGB V zu erbringen. Erfolgt die Versorgung des Versicherten durch Familienangehörige oder Assistenzpersonen, soll die Feststellung, ob die Versorgung sichergestellt ist, im Rahmen der persönlichen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgen.

- Der Anspruch auf Beratung durch die Krankenkassen darf **nicht auf die Beratung zum Leistungsort begrenzt** und fokussiert werden.
 - **Häusliche Versorgte dürfen bei fehlendem Einverständnis des Betretens des Wohnraums nicht auf stationäre Versorgung verwiesen werden.** Die Regelungen der §§ 60 bis 66 SGB I mit den Sanktionsfolgen des vollständigen oder teilweisen Versagens von Leistungen gelten bereits, insoweit bedarf es keiner zusätzlichen Regelungen. Des Weiteren muss der Gesetzentwurf unterbinden, dass andere in Bezug auf den Wohnraum Berechtigte als der Versicherte dem Medizinischen Dienst das Betreten der Wohnung untersagen können. Die Mitwirkungsmöglichkeiten des Versicherten dürfen nicht durch Dritte eingeschränkt werden.
 - Die Rechtsgrundlage des § 37 Absatz 4 SGB V für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege durch **selbst beschaffte Assistenzkräfte** muss erhalten bleiben.
 - **Häuslich mit § 37c-Leistungen versorgte Menschen dürfen in ihren Zuzahlungen nicht gegenüber stationär Versorgten benachteiligt werden.** Die Zuzahlungen im häuslichen Bereich sind daher auf 28 Tage zu begrenzen. Wir weisen darauf hin, dass die Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V auch auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt sind. Des Weiteren sollten vollstationär in Kurzzeitpflege versorgte Versicherte in ihren Zuzahlungen den vollstationär dauerhaft versorgten Versicherten gleichgestellt werden. Die Zuzahlungsregelungen im stationären Bereich, die gegenüber dem RefE nochmals nachgebessert wurden, bewertet die BAGFW ausdrücklich sehr positiv.
 - Neben der außerklinischen Pflege gibt es im häuslichen Bereich noch **andere Konstellationen eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege**, die eine ständige Versorgung durch eine besonders qualifizierte Pflegefachkraft erforderlich machen, z.B. bei chronischen schwer heilenden Wunden. **§ 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V darf daher nicht verändert werden.**
3. Die Richtlinien des GBA nach § 37c Absatz 1 Satz 7 sollen nach Auffassung der Verbände der BAGFW zwar die Anforderungen an die ärztliche Qualifikation regeln, nicht jedoch diejenigen an die pflegerische Qualifikation, denn die Pflegeverbände sind im GBA nicht vertreten. **Die Anforderungen an die pflegerische Qualifikation sind stattdessen in den Rahmenempfehlungen nach § 132j SGB V zu verorten.** Wir begrüßen die Differenzierung der GBA-Richtlinie nach Versorgungssituationen von Erwachsenen einerseits und Kindern und Jugendlichen andererseits. Allerdings ist die Altersgrenze von 27

Jahren für Kinder und Jugendliche, deren Entwicklungsstand nicht dem eines Erwachsenen entspricht, zu streichen, da sie bei den entsprechenden Krankheitsbildern und Behinderungen keinen Sinn macht.

4. Die Qualitätsvorgaben für die außerklinische Intensivpflege, die künftig in eigenen Rahmenempfehlungen nach § 132j SGB V festgelegt werden sollen, sind ein Meilenstein zur Verbesserung der Qualität. Sehr positiv bewerten wir, dass der Gesetzgeber unsere Forderung nach Aufnahme der Anerkennung der Tarifbindung in die Grundsätze der Vergütung aufgenommen hat.
5. Die BAGFW anerkennt die Intention des Gesetzgebers, durch die Neuregelungen des § 40 SGB V das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten in Bezug auf die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung stärken zu wollen. Sie setzt sich jedoch **für eine vollständige und nicht nur hälftige Aufhebung der Mehrkostenbelastung** der Versicherten ein, die eine andere zertifizierte als die von der Krankenkasse bestimmte Rehabilitationseinrichtung wählen, sofern diese mit der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten einen Versorgungsvertrag oder eine Vergütungsvereinbarung geschlossen hat.
6. 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 Ärztin, die von der Krankenkasse nicht mehr überprüft 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, was die BAGFW sehr begrüßt. **Diese Regelungen sollten jedoch nicht nur für die geriatrische Reha als „lex specialis“ gelten, sondern für alle Bereiche der Rehabilitation.** Die Regelungen zur Rehabilitation sollte zudem mit dem SGB IX kompatibel sein, sonst droht das Rehabilitationsrecht zu zerfasern. Die Anschlussrehabilitation sollte im Wege der Direktzuweisung nach Krankenhaus möglich sein, ohne dass der GBA festlegt, in welchen Fällen dies ohne vorherige Überprüfung durch die Krankenkasse möglich ist. Hervorzuheben ist, dass die ärztliche Verordnung das Antragsrecht der Versicherten nicht einschränken darf, denn die Leistungen zur Rehabilitation müssen die Teilhabebedarfe ganzheitlich umfassen.

Darüber hinaus verweisen wir darauf, dass es neben einer geriatrischen Rehabilitation für pflegebedürftige und betagte Patientinnen und Patienten auch eine gute **ambulante, wohnortnahe interprofessionelle geriatrische Versorgung** durch ein Netzwerk von Hausarzt/innen, Facharzt/innen, Pflegekräften und Heilmittelerbringern wie Physio-, Ergotherapeut/innen und Logopäd/innen geben muss. Der Gesetzentwurf sollte diesen Aspekt auch in den Blick nehmen.

7. Die Neuregelung zur Aufhebung der starren Vier-Jahres-Grenze für die erneute Bewilligung von Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche entspricht einer langjährigen Forderung der Freien Wohlfahrtspflege. Zusätzlich dazu

sollten die im Flexirentengesetz getroffenen positiven Neuregelungen zur **Anhebung der Altersgrenze für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen auf 27 Jahre** und zur Festlegung der **Mindestdauer der Leistungen auf vier Wochen** mit diesem Gesetzentwurf auch auf das **SGB V** übertragen werden.

8. Mit Nachdruck begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die von ihnen seit langem geforderte Aufhebung der 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.
9. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen über den Gesetzentwurf hinaus zum Themenkomplex der Rehabilitation **in drei Punkten ergänzenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf**:
 - Die Regelungen des § 132a und § 132f SGB V zur **Tarifierkennung bei Vergütungsverhandlungen sind auch für die Versorgung mit Haushaltshilfen nach § 132 SGB V zu verankern**. Seit Jahren besteht eine erhebliche Lücke zwischen den von den Krankenkassen gewährten Vergütungen und den tariflich zu bezahlenden Gehältern, die nur durch Spenden oder kirchliche oder kommunale Zuschüsse gedeckt werden kann. Die Corona-Pandemie hat diese Krise mit Erlösausfällen von bis zu 30 Prozent nochmals verschärft.
 - Den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entstehen gegenwärtig durch die Bedingungen ihrer Versorgung unter dem Vorzeichen der Pandemie **erhöhte Sachkosten** für Schutzmaterialien, **erhöhte Personalkosten** z.B. wegen kleinerer Gruppengrößen, höhere Aufwendungen für Hygiene und Reinigung, Kosten für Testungen und Quarantäne. Der **Auslastungsgrad der Einrichtungen hat sich gleichzeitig reduziert**. Daher setzt sich die BAGFW für einen coronabedingten Vergütungszuschlag ein.
 - Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich für einen **eigenständigen Rechtsanspruch auf eine vor- und nachstationäre Beratungsleistung für die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige** ein. Die Beratung soll sowohl passgenaue Leistungen erschließen als auch die Compliance und Nachhaltigkeit der Leistung im Alltag nach der Maßnahme sicherstellen. Wie im Bereich der Rehabilitation sollte auch für den Bereich der Vorsorgeleistungen gelten, dass für den Anspruch auf stationäre Vorsorge für pflegende Angehörige der Vorrang ambulanter Maßnahmen nicht gilt.

B. Stellungnahme zu den Einzelnormen

C. Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Außerklinische Intensivpflege

§ 37c SGB V Außerklinische Intensivpflege (i.V. mit §§ 61, 92, 275, 275b SGB V sowie § 114 SGB XI)

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Einführung eines Rechtsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Patientinnen und Patienten 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 psychosozialer Begleitung, Betreuung und Unterstützung. Die größte Gruppe der Menschen, die der außerklinischen Intensivpflege bedürfen, stellen die dauerbeatmeten Patientinnen und Patienten dar, die nach intensivmedizinischer Behandlung im Krankenhaus zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen der Unterstützung durch implantierte oder technische Beatmungssysteme bedürfen. Daneben gibt es viele Patientengruppen, bei denen – abhängig vom Krankheitsbild bzw. den Komorbiditäten – der ständige Einsatz von Infusionspumpen, Ernährungspumpen, Dialysegeräten etc. erforderlich sein kann, wenngleich sie bei allen gegebenen Einschränkungen ein weitestgehend selbständiges und teilhabeorientiertes Leben führen.

Viele Patientinnen und Patienten befinden sich im erwerbsfähigen Alter oder gehen zur Schule und können trotz des 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. Letzteres gilt selbstverständlich auch für berufstätige Menschen mit einem Bedarf an intensivpflegerischer Versorgung.

Absatz 1: Rechtsanspruch auf außerklinische Intensivpflege

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 und den Fachärztinnen und -ärzten für Anästhesie auch die Fachärztinnen und -ärzte für physikalische und rehabilitative Neurologie sowie der 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

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

die Koordinationsfunktion im erforderlichen Versorgungsnetzwerk aus. Die Begründung sollte um die genannten Facharztgruppen erweitert werden. Zudem ist dafür Sorge zu tragen, dass die entsprechend notwendigen Weiterbildungskapazitäten ausgeweitet und sichergestellt werden.

Nachdrücklich begrüßt wird, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte jeder Verordnung außerklinischer Intensivpflege für Dauerbeatmete das Weaning-Potenzial erheben und in der Verordnung dokumentieren müssen. Grundsätzlich sei an dieser Stelle angemerkt, dass es bei Intensivpatientinnen und -patienten zunächst Aufgabe des Krankenhauses sein muss, das Weaning-Potenzial zu erheben und zu dokumentieren und die Entwöhnung in allen Fällen, in denen dies grundsätzlich möglich ist, einzuleiten. Allerdings sollte ein gesetzlicher Ausnahmetatbestand geschaffen werden, dass das Weaning-Potenzial bei Menschen, die wegen fehlender Therapiemöglichkeiten oder bei degressiven bzw. progredienten Krankheitsverläufen lebenslang auf Beatmung angewiesen sein werden, nicht bei jeder Verordnung erhoben werden muss.

Der Anspruch auf Beratung in Absatz 1 Satz 2 muss als Beratungsmöglichkeit ohne spezifische Fokussierung auf den Leistungsort ausgestaltet werden.

Sachgerecht ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an die Zusammenarbeit einschließlich der Sicherstellung der Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination sowie an die Verordnung und das Verfahren zur Erhebung und Dokumentation des Weaning-Potenzials in einer Richtlinie bestimmen soll. Da die Pflegefachkräfte einen wesentlichen Beitrag zur Erkennung und Erhebung des Entwöhnungspotenzials leisten, muss dieser Punkt zwingend im Rahmen der Nummer 2 zur Zusammenarbeit und Sicherstellung der Versorgungskontinuität und -koordination geregelt werden. Dies gilt umso mehr, als § 132i (jetzt § 132j) Absatz 6 Nummer 1 entfallen ist, wonach die Pflegedienste Kooperationsverträge mit spezialisierten Fachärztinnen und -ärzten zu schließen hatten, die insbesondere die ärztliche Überwachung der Umsetzung der mit der Verordnung dokumentierten notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sicherstellen sollen. Durch die Streichung des Absatzes 6 findet zudem auch die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten durch Logopädie, Ergo- oder Physiotherapie (§ 132i Absatz 5 Nummer 2 RefE) keine Erwähnung mehr. Auch dieser Punkt ist in die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzunehmen. Das Nähere zu diesen beiden Desiderata ist nach wie vor in den Rahmenempfehlungen nach § 132j festzulegen.

Da die Leistungserbringer der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht vertreten, sondern nur zur Stellungnahme berechtigt sind, ist es nicht sachgerecht, die Anforderungen an die Qualifikation der pflegerischen Leistungserbringer in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu regeln. Die Qualifikationsanforderungen sind stattdessen in den Rahmenempfehlungen nach § 132j festzulegen. Die Anforderungen an die besondere Qualifikation der vertragsärztlichen Leistungserbringer werden bereits in Nummer 5 geregelt, sodass Nummer 2 aus unserer Sicht entbehrlich ist.

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

Zudem ist klar zu regeln, wie die Berechtigung von Krankenhausärztinnen und -ärzten zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bis hin zur Dekanülierung erfolgt; sie sollen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Absatz 1 SGB V ermächtigt werden.

Die für die Differenzierung der GBA-Richtlinie in Absatz 1 Satz 7 vorgesehene Altersgrenze von 27 Jahren bei jungen Volljährigen, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder bei denen ein entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, ist zu streichen, da es bei den entsprechenden Krankheitsbildern bzw. Behinderungen keinen Entwicklungsunterschied macht, ob ein junger Mensch 18 Jahre oder 27 Jahre alt oder älter ist.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 Satz 2 wird der Rechtsanspruch des Versicherten auf Beratung durch die Krankenkassen wie folgt formuliert:

„Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherstellung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist sowie eine Beratung durch die Krankenkassen ~~zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2.~~“

In Absatz 1 Satz 7 werden die Wörter „bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres“ gestrichen.

Absatz 1 Satz 8 ist wie folgt zu ändern:

2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination **einschließlich der Umsetzung der mit der Verordnung dokumentierten notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung,**
- ~~3. an die Qualifikation der Leistungserbringer nach Nummer 2~~

Absatz 2: Leistungsorte der außerklinischen Intensivpflege

Nach dem Referentenentwurf sollten bisher häuslich versorgte Versicherte nur im Ausnahmefall aufgrund einer Angemessenheits- und Zumutbarkeitsprüfung durch die Krankenkasse weiterhin einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an sonst einem geeigneten Ort haben. Diese Regelung hatte die BAGFW gemeinsam mit den Verbänden der Behindertenhilfe scharf kritisiert. In der Zwischenzeit wurde der Entwurf aufgrund der erheblichen Bedenken der Verbände mehrfach nachgebessert. Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass Versicherte nun einen Rechtsanspruch auf Versorgung im Haushalt, der Familie und an sonstigen geeigneten Orten wie insbesondere Schulen, Kitas und WfbM haben. In die Aufzählung sollten ausdrücklich analog zu § 37 Absatz 1 und 2 SGB V auch die

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

„betreuten Wohnformen“ aufgenommen werden, um die bisherige Rechtslage unzweifelhaft aufrecht zu erhalten.

Der Krankenkasse kommt durch den Gesetzentwurf weiterhin eine erhebliche Steuerungsmöglichkeit zu. Zum einen berät sie nach § 37c Absatz 1 Satz 3 zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts, zum anderen beauftragt sie den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6, ob ein Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege besteht; dabei muss den Wünschen der Versicherten auf Leistungsort – mithin auch der häusliche Versorgung – nur entsprochen werden, sofern „die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft“ sichergestellt ist. Die Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, erfolgt jährlich durch eine persönliche Inaugenscheinnahme des/der Versicherten. Verweigert diese/r oder eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechnigte Person diese Inaugenscheinnahme, kann die häusliche Leistungsanspruchnahme versagt werden und der/die Versicherte kann auf stationäre Versorgung verwiesen werden. Im Hinblick auf eines der gesetzgeberischen Ziele dieser Maßnahmen, nämlich die „schwarzen Schafe“ unter den Anbietern ambulanter Intensiv-WGs zu identifizieren, ist dieses Ansinnen des Gesetzgebers nicht nachvollziehbar. Instrumente zur Qualitätsprüfung und Prüfung der Abrechnungen bei Pflegeanbietern sind bereits gesetzlich verankert; auch eine Anzeigepflicht der ambulanten Intensivpflege-WGs existiert. Woran es offenkundig fehlt, sind Regelungen zur Durchsetzbarkeit der Kontrollmöglichkeiten und zur Sanktionierung der „schwarzen Schafe“.

Das nachvollziehbare Bestreben des Gesetzgebers, den Abrechnungsbetrag in der außerklinischen Intensivpflege aufzudecken, darf nicht auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen werden. Somit darf das Damoklesschwert der Versagung einer häuslichen Versorgung wegen einiger Betrüger/innen nicht über alle häuslich Versorgten jedes Jahr erneut verhängt werden.

Konkret schlagen wir vor:

- Der weite Ermessungsspielraum der Krankenkassen, in welchen Fällen die medizinische und pflegerische Versorgung im häuslichen Bereich „tatsächlich und dauerhaft“ sichergestellt bzw. nicht sichergestellt ist, wird durch klare, transparente Kriterien definiert, sofern die Versorgung des Versicherten überwiegend durch den Versicherten, seine/ihre Angehörigen oder sein/ihr rechtliche/r Betreuer/in die Versorgung organisiert wird. In allen Fällen, in denen ein Intensivpflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege übernimmt, liegt der Sicherstellungsauftrag für eine tatsächliche und dauerhafte Versorgung beim jeweiligen Dienst und ist durch persönliche Inaugenscheinnahmen im Rahmen der Regelprüfungen des § 275b Absätze 1 bis 3 SGB V bzw. § 114 Absatz 2 Satz 9 nachzuweisen. Eine darüber hinaus gehende Notwendigkeit über eine weitere jährliche Inaugenscheinnahme der Versicherten besteht deshalb nicht.
- Wird durch die persönliche Inaugenscheinnahme im Rahmen der Regelprüfungen festgestellt, dass die pflegerische Versorgung nicht sichergestellt ist, muss durch die Krankenkasse, unabhängig vom Versorgungsort, am Versorgungsort Abhilfe geschaffen werden.

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

- Das Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 Absatz 1 GG muss auch bei der Inaugenscheinnahme des/der Versicherten im häuslichen Bereich durch die Voraussetzung der Einwilligung gewahrt bleiben. Die Mitwirkungspflichten, ihre Grenzen und Folgen bei fehlender Mitwirkung nach den §§ 60, 65 und 66 SGB X gelten ohnehin; dies formuliert auch der Gesetzentwurf in § 37c Absatz 2 Satz 8. Nach § 65 Absatz 1 Nummer 2 SGB X bestehen Mitwirkungspflichten nur dann nicht, wenn deren Erfüllung dem/der Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann. In § 66 Absatz 1 ist geregelt, dass Personen, die eine Sozialleistung erhalten, aber ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, sodass die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird, die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden kann. Weiterer Spezialregelungen in § 37c Absatz 2 bedarf es somit nicht. Sofern bei der Inaugenscheinnahme des Leistungsorts Mängel festgestellt werden, sollte die Krankenkasse verpflichtet werden, diese zu beseitigen, z.B. durch Beauftragung eines anderen Pflegedienstes.

Sollte der Gesetzgeber nicht auf die Spezialnorm des § 37c Absatz 2 Satz 7 verzichten, wonach die Leistung versagt werden kann, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten der Wohnung versagt wird, ist zumindest darauf zu verzichten, dass das Einverständnis von einem anderen Wohnraumberechtigten versagt werden kann (Satz 7 Nummer 2), denn in diesem Fall könnte z.B. die Nichteinwilligung des Wohnungsinhabers/der Wohnungsinhaberin trotz Einwilligung des/der Versicherten selbst zu einer Versagung der Leistung führen. Zudem ist zu regeln, dass neben dem/der Versicherten auch der/die Betreuer/in die Einwilligung in die Inaugenscheinnahme erklären kann. Des Weiteren ist – wie auch bei Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI und SGB V grundsätzlich geregelt – gesetzlich sicherzustellen, dass der MD für die persönliche Begutachtung der Versicherten das Einverständnis der Versicherten auch bei der Begutachtung nicht nur in ambulanten Settings, sondern auch in stationären Settings nach §§ 42, 43 oder 43a SGB XI einzuholen hat.

Änderungsbedarf

In Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 sind nach den Wörtern „in Werkstätten für behinderte Menschen“ die Wörter „sowie in betreuten Wohnformen“ zu ergänzen.

Absatz 2 Sätze 2 bis 4 sind wie folgt zu ändern:

„Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort ~~tatsächlich und dauerhaft~~ sichergestellt werden kann. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen. **Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz und den Sätzen 1 bis 3 tatsächlich und dauerhaft erfüllt sind, wird in den Fällen des Satzes 1 Nummern 1 bis 3 durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung durch den Medizinischen Dienst am Leistungsort im Rahmen der Regelprüfung nach § 275b Absatz 1 Sätze 1 bis 3 getroffen. Das Nähere, insbesondere zu Inhalten der**

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

persönlichen Begutachtung und zur Durchführung der persönlichen Begutachtung in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 4, bestimmt der Medizinische Dienst in einer Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2.

Absatz 2 Sätze 7 und 8 (Gesetzentwurf) werden gestrichen wie folgt geändert:

„Die Leistung an einem Leistungsort nach Satz 1 kann dem Versicherten bis zur Nachholung seiner Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn der Versicherte seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62 und 65 nicht nachkommt und hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird. Soweit Räume einem Wohnrecht des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters oder Betreuers unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 GG) wird insoweit eingeschränkt.“

Zudem setzen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege dafür ein, dass Versicherte, die ihre Intensivpflege durch selbst beschaffte Assistenzkräfte sicherstellen, die Kosten hierfür weiterhin erstattet bekommen. Infolge der Neuregelung der Intensivpflege in § 37c gilt der alte § 37 Absatz 4 für Intensivpflegefälle nicht mehr. Wir gehen davon aus, dass dies eine vom Gesetzgeber nicht intendierte Wirkung ist und bitten daher um Klarstellung, dass § 37 Absatz 4 entsprechend weiterhin gilt.

Absatz 3: Finanzierung der Aufwendungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich die Regelungen zur Beschränkung der finanziellen Eigenbelastung auf 280 Euro pro Kalenderjahr, die in Absatz 3 getroffen werden. Die außerklinische Intensivpflege muss – wie im häuslichen Bereich – auch in stationären Settings vollumfänglich aus dem SGB V finanziert werden. Gegenüber dem Referentenentwurf wurde im Gesetzentwurf geregelt, dass der Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen neben den pflegebedingten Aufwendungen auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten umfasst, was angesichts der hohen finanziellen Belastungen für eine in vielen Fällen dauerhafte außerklinische Intensivpflege sehr positiv bewertet wird.

Die Regelung für die vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI sollte in gleicher Weise auch für die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in vollstationären Einrichtungen gelten, da der Leistungsanspruch nach § 37c auch in den Einrichtungen, die Leistungen nach § 42 SGB XI erbringen, gilt. Dies fordert auch der Bundesrat. Gerade im Anschluss an eine Krankenhausversorgung haben Intensivpflegepatientinnen und –patienten keine Wahl, wenn die Versorgung zuhause noch nicht möglich ist.

Des Weiteren unterstützen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Forderung des Bundesrats, dass die vorübergehende Weiterfinanzierung der Leistungen in der

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

stationären Pflege auch nach Wegfall der Intensivpflegebedürftigkeit für sechs Wochen weitergelten soll. Nach dem Gesetzentwurf ist dies nur der Fall, sofern die Krankenkassen dies in ihrer Satzung vorsehen. Satzungsleistungen sind jedoch Leistungen, bei denen die Krankenkassen miteinander in Wettbewerb stehen. Die Intensivpflege eignet sich nicht für den Anwendungsbereich von Satzungsleistungen.

Änderungsbedarf

In Absatz 3 Satz 1 sollen nach den Wörtern „die Leistungen nach § 43“ die Wörter „und Leistungen nach § 42“ ergänzt werden.

In § 37c Absatz 3 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Die Leistungen nach Satz 1 werden für sechs Wochen weitergewährt, nachdem der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt.“

Absatz 4: Zuzahlungen der Versicherten

Es ist zu begrüßen, dass die Zuzahlung der Versicherten bei Versorgung mit außerklinischer Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in ambulanten Intensiv-WGs auf 280 Euro pro Kalenderjahr begrenzt wird (§ 61 Satz 2 SGB V). Nicht hinnehmbar hingegen ist, dass abweichend davon die Zuzahlung für die Versorgung im Haushalt, der Familie oder an anderem geeigneten Ort unbegrenzt pro Verordnung 10 Prozent der Kosten zuzüglich 10 Euro pro Verordnung (§ 61 Satz 3 SGB V) beträgt. Die Regelung des § 61 Satz 3 SGB V bezieht sich auf die Zuzahlung bei Heilmitteln und Häuslicher Krankenpflege. Bei häuslicher Krankenpflege ist jedoch in § 37 Absatz 5 SGB V in Ergänzung des § 61 Satz 3 ausdrücklich geregelt, dass die Zuzahlungshöhe auf die ersten 28 Tage des Kalenderjahrs begrenzt ist. Diese Begrenzung muss auch für die außerklinische Intensivpflege gelten, die in vielen Fällen über Jahre verordnet wird. Die Regelung würde sonst die ambulant Versorgten in nicht hinnehmbarer Weise benachteiligen sowie Menschen mit geringem Einkommen, die sich die Zuzahlung, auch wenn sie auf 1 Prozent ihres Einkommens begrenzt ist, nicht leisten können, in nicht hinnehmbarer Weise diskriminieren.

Änderungsbedarf

In Absatz 4 wird Satz 2 wie folgt geändert:

„Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Ort im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 4 erhalten und das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung abweichend von Satz 1, **begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage**, den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag.“

Absatz 5: Evaluation

Der Bericht des GKV-Spitzenverbands, der über das BMG dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden muss, wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings sollte die Frist für den Bericht, die nach dem Kabinettsentwurf für Ende 2026 vorgesehen ist, deutlich verkürzt werden; vorgeschlagen wird stattdessen der 31.12.2024. Des Weiteren ist

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

darüber hinaus eine jährliche Berichtspflicht zu statuieren. Zu begrüßen ist, dass entsprechend der Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auch Angaben über den Leistungsort einschließlich der Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten in die Berichtspflicht aufgenommen wurden. Zu ergänzen sind Angaben über die Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung.

Änderungsbedarf

In Satz 1 ist die Angabe „2026“ durch die Angabe „31.12.2024“ zu ersetzen und anzufügen „sowie ab dem Jahr 2025 ein jährlicher“.

Zu ergänzen ist des Weiteren eine neue Nummer 6:

„Angaben zur Erhebung und Dokumentation des Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung.“

§ 132j 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).

Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach § 132j Absatz 2 orientieren sich an den bisherigen Vorgaben aus § 132a SGB V. Dies ist sachgerecht. Wie von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege gefordert, wurden die Rahmenempfehlungen um eine neue Nummer 7 zu „Grundsätzen der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte“ ergänzt. Damit ist die Voraussetzung für die Vereinbarung von klaren Vorgaben insbesondere für die Anerkennung tariflich vereinbarter Vergütungen einschließlich entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen geschaffen worden. Für die außerklinische Versorgung bedarf es neben der Definition der personellen Anforderungen einschließlich Vorgaben zur Qualifikation der Leistungserbringer auch spezifischer Anforderungen an die räumliche, sächliche und technische Ausstattung der stationären Einrichtungen und Intensiv-Pflegewohngemeinschaften, wie z.B. der Schadstoffmessung und Innenraumbelüftung sowie spezifischer hygienischer Anforderungen. Dieser Aspekt ist, wie von der BAGFW gefordert, durch Einfügung einer neuen Nummer 2 zu strukturellen Voraussetzungen einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen umgesetzt worden.

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

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 50 Prozent der Mehrkosten tragen. Zudem wird gegenüber dem Referentenentwurf das Kriterium der Angemessenheit bei der vollständigen Kostentragung der Krankenkassen in Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Versicherten gestrichen. Grundsätzlich wird durch beide Neuregelungen die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt. 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, denn die Frage, wann die Krankenkassen Mehrkosten bei Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts zu tragen haben, wird in der Praxis weiterhin Streitfälle auslösen. Zudem bleibt die Ungleichheit, dass sich einkommensstärkere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Inanspruchnahme der Einrichtung ihrer Wahl leisten können, während für einkommensschwächere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden das Wunsch- und Wahlrecht de facto weiter geschwächt ist, im Grundsatz bestehen. Um für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Rechtssicherheit zu schaffen, sollte geregelt werden, dass Mehrkosten von den Versicherten grundsätzlich nicht zu tragen sind, sofern sie eine Rehabilitationseinrichtung wählen, die eine Vergütungsvereinbarung nach § 111 Absatz 5 mit einer Krankenkasse abgeschlossen hat.

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 einen Versorgungsvertrag oder Vergütungsvereinbarung nach § 111 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. Wie wichtig dieser Grundsatz ist, zeigen die geplanten Neuregelungen des Medizinischen Rehabilitations-Beschaffungsgesetzes (MedRehaBeschG), durch welche sich das Reha-Recht des SGB VI aktuell gegenüber den mit diesem Gesetzentwurf vorgenommenen neuen Weichenstellungen im Reha-Recht des SGB V auseinanderentwickelt.

Absatz 3 Satz 2: Vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation

Die Absicht des Gesetzgebers, den Zugang zu Leistungen der geriatrischen Rehabilitation zu erleichtern, wird ausdrücklich begrüßt. Der Personenkreis der geriatrischen Patient/innen 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.

So sehr diese Erleichterungen im Grundsatz begrüßt werden, wird aber als problematisch gesehen, dass zwischen der geriatrischen Rehabilitation und „anderen Leistungen“ unterschieden wird. In der medizinischen Rehabilitation sollten einheitliche Regeln zur Reichweite der Entscheidungen nach § 40 Abs. 3 gelten. Diese Regeln sollten zudem mit den diesbezüglichen Bestimmungen des SGB IX kompatibel sein, sonst droht das Rehabilitationsrecht zu zerfasern. Daher sollte bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung zur medizinischen Rehabilitation grundsätzlich unterstellt sein, dass die medizinische Erforderlichkeit der Leistung gegeben und damit Grundlage der Bedarfsfeststellung durch die Krankenkassen ist. 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. Darauf weist auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme hin.

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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen diesbezüglich die Forderung des Bundesrats, in Absatz 3 die Sätze 4 bis 8 zu streichen, wonach die Krankenkassen bei indikationsbezogenen Rehabilitationen von der ärztlichen Verordnung abweichen können, sofern ein Gutachten des MD vorliegt. Sollten die Sätze 4 bis 8 nicht gestrichen werden, bewerten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege positiv, dass in Fällen einer Abweichung der Krankenkassen von der ärztlichen Verordnung infolge eines MD-Gutachtens der/die Versicherte sowie der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erhalten sollen. Dies erhöht die Transparenz und die Akzeptanz der Entscheidung der Krankenkasse, und die Rolle des/der Versicherten als informierte/r Patient/in und die des Arztes/der Ärztin als am Versorgungsprozess verantwortlich Teilnehmende/r wird gestärkt.

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/der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung bei einem eigenen Antrag eines/einer Versicherten den gesamten Rehabilitationsbedarf (nach § 13 SGB IX) ermitteln. In diesem Zusammenhang ist zu betonen,

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

dass eine vertragsärztliche „geriatrische Indikation“ nicht mit der Ermittlung eines Teilhabebedarfs verwechselt werden darf, sondern sich allein auf die medizinischen Aspekte bezieht. Auch in dieser Hinsicht gilt es, die Kohärenz des Rehabilitationsrechts dahingehend zu sichern, dass sich alle rehabilitativen Leistungen an den Teilhabezielen des SGB IX (§ 4) zu orientieren haben.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf dafür eingesetzt, dass auch bei Anschlussrehabilitation die medizinische Erforderlichkeit grundsätzlich nicht mehr durch die Krankenkassen geprüft werden soll. Der Gesetzentwurf trägt diesem Anliegen Rechnung, sieht jedoch vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien das Nähere dazu auf der Grundlage eines Indikationskatalogs regeln soll. Diese Einschränkung ist, wie oben dargelegt, zu streichen. Auch der Bundesrat setzt sich in seiner Stellungnahme hierfür ein und fordert die Direkteinleitung einer Anschlussrehabilitation. Er weist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin, dass auch die Akutkrankenhäuser von einer solchen Regelung profitieren würden, denn im Falle einer nicht rechtzeitig vorliegenden Bewilligung der Anschlussrehabilitation durch die Krankenkasse kommt es ggf. zu Fehlbelegungen im Akutkrankenhaus, welche seit dem MDK-Gesetz mit 300 Euro Sanktionen belegt werden.

Sollte der Gesetzgeber nicht generell auf das Überprüfungserfordernis der Krankenkassen zur Anschlussrehabilitation verzichten, sollte sichergestellt sein, dass die Anforderungen zur Anschlussrehabilitation für die Gesetzliche Krankenkassen nicht von denen der Gesetzlichen Rentenversicherung abweichen.

Änderungsbedarf

In Absatz 3 Sätzen 2, 13 und 20 werden die Wörter „geriatrischen“ und „geriatrische“ gestrichen.

Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Bei der ärztlichen Verordnung einer Leistung zu medizinischen Rehabilitation ist grundsätzlich unterstellt, dass die medizinische Erforderlichkeit der Leistung und damit Grundlage der Bedarfsfeststellung durch die Krankenkassen gegeben ist, sofern die Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente ärztlich überprüft wurde.“

Da die von der BAGFW vorgeschlagene Änderungen nicht nur für die geriatrische Rehabilitation, sondern für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 gelten sollen, sind in § 40 die Abs. 1 und 2 entsprechend zu ändern. Entsprechendes gilt für die §§ 23,24 und 41. Dadurch werden die Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einbezogen.

In Absatz 3 werden die Sätze 4 bis 8 gestrichen.

In Absatz 3 sind in Satz 10 die Wörter „und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitation nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können“ zu streichen.

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

Absatz 3: Dauer der Leistung

Im neuen Satz 13 des Absatzes 3 wird formuliert, dass die Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär 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. Die Sonderregelung für die geriatrische Rehabilitation sollte für alle Fallkonstellationen der Rehabilitation gelten.

Änderungsbedarf

Streichung des Wortes „längstens“ aus Absatz 3 Satz 13 und Ersetzung durch „in der Regel“.

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 geriatrischen Komplexversorgungsangebots, 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 Kontinenzproblemen, Medikamentenmanagement und Wundversorgung sollten dabei zentrale Themen sein. Wesentlich für eine Stärkung der Rehabilitationspotenziale geriatrischer Patientinnen und Patienten sind therapeutische Angebote der Heilmittelerbringer wie Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen und Logopäde/innen. Insgesamt bedarf es einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung in einem interprofessionellen Netzwerk, bestehend aus Hausarzt/innen, Facharzt/innen, Pflegekräften und Heilmittelerbringern.

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 im OPS der Früh-Reha nicht erlösrelevant abgebildet werden. Des Weiteren gibt es keine bundesweit einheitliche Ausweisung von Betten für die Frührehabilitation im Bedarfsplan der Länder.

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

Absatz 3: Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Durch die Neuregelung im neuen Satz 16 des Absatzes 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; dies betrifft insbesondere die grundsätzliche Festlegung der Altersgrenze für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen auf 27 Jahre und 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 erstmalig zum Juni 2022 und danach bis zum 30. Juni 2024 jährlich dem Bundestag einen Bericht zur geriatrischen Rehabilitation vorlegen muss. Das stärkt die Umsetzungsverpflichtung und drückt eine politische Verantwortungsübernahme durch BMG und Bundestag aus. Wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, sollte neben den Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen dringend auch die Bearbeitungsdauer der Krankenkasse Gegenstand der Berichtspflicht sein. Dabei sollte insbesondere geprüft werden, ob die im SGB IX vorgesehenen Bearbeitungsfristen von den Krankenkassen eingehalten werden.

§ 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

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

entgegenzuwirken. Einrichtungen, die der Tarifbindung unterliegen, dürfen keine Wettbewerbsnachteile gegenüber kostengünstigeren Einrichtungen erleiden, die ihr Personal nicht tariflich entlohnen.

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 IX 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.

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.

§ 68c Regionale Versorgungsinnovationen (Stellungnahme des Bundesrats)

Der Bundesrat hatte schon bei vorausgehenden Gesetzesverfahren einen neuen § 68c für die Vereinbarung regionaler Versorgungsinnovationen gefordert. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten dies unterstützt. Sie unterstützen daher auch die erneute diesbezügliche Forderung des Bundesrats und begrüßen, dass die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats hier die Prüfung des Vorschlags zugesagt hat. Auch aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege bietet die Integrierte Versorgung im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V in Verbindung mit § 92b SGB XI eine gute Möglichkeit, Versorgungsinnovationen durchzusetzen, die auch die Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen betreffen.

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

In Absatz 7 Satz 1 ist zu präzisieren, dass die „maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ für die Verhandlungen auch die maßgeblichen Verbände für die Vorsorgeeinrichtungen umfassen.

Änderungsbedarf

In Absatz 7 Satz 1 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.

§ 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 § 111c Absatz 3 werden die Neuregelungen zur Nichtgeltung der Grundlohnsummenbindung und zur Anerkennung der Tarifbindung auf die ambulanten Reha-Einrichtungen übertragen. Dies begrüßen wir nachdrücklich.

§ 303 Absatz 3 Satz 1: Ergänzende Regelungen zur Abrechnung

In § 303 wird die Angabe „§ 301 Absatz 1“ durch die Wörter „§ 301 Absatz 1 und 4“ ersetzt. Durch die Änderung sollen Krankenkassen bei nicht-maschinellem Datenübermittlung eine pauschale Rechnungskürzung vornehmen dürfen. Die Umsetzung des Abrechnungsdatenaustauschs nach § 301 Abs. 4 SGB V ist derzeit weder auf Seiten der Krankenkassen noch auf Seiten der Leistungserbringer flächendeckend erfolgt. Der Prozess ist dynamisch und wird durch die Verhandlungspartner intensiv begleitet. Sanktionierungsmechanismen sind an dieser Stelle nicht notwendig.

Artikel 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 37 Absatz 2: Ausgliederung der außerklinischen Intensivpflege aus der Häuslichen Krankenpflege

Durch die Einführung eines gesonderten Rechtsanspruchs auf außerklinische Behandlungspflege nach dem neuen § 37c SGB V soll der Rechtsanspruch von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen und von Menschen mit Behinderungen in stationären Wohneinrichtungen, die Leistungen nach § 37c erhalten, auch dann entfallen, wenn sie einen anderweitigen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, der keine ständige Überwachung oder Versorgung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert. § 37c SGB V regelt nur die außerklinische Intensivpflege, die eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine besonders qualifizierte Pflegefachkraft erfordert. Auch schwer heilende chronische Wunden oder Dialyse können jedoch die Versorgung durch eine besonders qualifizierte Pflegefachkraft erforderlich machen.

Änderungsbedarf

Streichung des neuen Satzes 3

Artikel 3: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 7a: Aufgaben der Pflegeberatung bei Rehabilitationsempfehlungen

Das bisher schon in § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 enthaltene Hinwirken der Pflegekassen auf die im Versorgungsplan verankerten Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch die jeweiligen Leistungsträger, umfasst nach Auffassung der BAGFW bereits die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach § 18 Absatz 1 Satz 3. Die Regelung ist auch mit Blick auf die Verankerung der präventiven und rehabilitativen Hilfen in § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 daher entbehrlich.

§ 18a: Unterstützung des Pflegebedürftigen bei Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen

Die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche auf Prävention und Rehabilitation im Rahmen der Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des MD ist unbedingt zu unterstützen; die Einbeziehung weiterer Personen kann zur Motivierung der Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistung beitragen. Es ist jedoch klarzustellen, dass die Einwilligung ein eigenständiger Akt des Antragstellers/der Antragstellerin ist, verbunden mit einer klaren Feststellung, welche Angehörigen und Vertrauenspersonen Informationen über die Rehabilitationsempfehlung erhalten sollen.

Wie bereits oben ausgeführt, kommen für pflegebedürftige Menschen oftmals stationäre Rehabilitationsleistungen nicht in Betracht. Daher ist davon auszugehen, dass Versicherte in den Fällen, in denen sie nicht in eine Weiterleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger einwilligen, Gründe für ihre Entscheidung haben. Nach § 31 Absatz 3 Satz 2 SGB XI weist die Pflegekasse den Versicherten bei Ausstellung einer Rehabilitationsempfehlung bereits auf dessen Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Ein weiterer Druck auf Versicherte, Gründe zu benennen, die in § 18 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 in den Bericht einfließen, sollte ausdrücklich nicht ausgeübt werden.

Änderungsbedarf

§ 18 Absatz 1 Satz 3 neu ist wie folgt zu formulieren:

„Sofern der Antragsteller einwilligt, leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch **den im Gutachten benannten** Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu.“

Streichung von § 18a Absatz 2 Satz 2 Nummer 5.

§ 72: Versorgungsvertrag und Qualitätsprüfungen

Die Begründung weist zu Recht darauf hin, dass mit Versorgungsvertrag nach § 72 zugelassene Pflegeeinrichtungen nicht nur zum internen Qualitätsmanagement, sondern zu Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI verpflichtet sind. Daher besteht keinerlei Erfordernis einer Ergänzung des § 72 SGB XI, wie im Gesetzentwurf vorgeschlagen. Geltendes Recht bis hin zur Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 74 Absatz 1 Satz 1 SGB XI kann heute schon zur Anwendung kommen.

Änderungsbedarf

Streichung der Neuregelung zu § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5.

C. Ergänzende Änderungsbedarfe

1. Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Corona-Pandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.

Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer/innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehrkind-Familien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwerst erkrankt sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsbedarf

§ 132 Absatz 1 wird nach Satz 1 um folgende Sätze ergänzt:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“

Stellungnahme der BAGFW

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

2. Finanzierung coronabedingter Mehrbelastungen der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach Wiederaufnahme des Versorgung

Bundesweit nehmen med. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen jeder Spezifität wieder die Versorgung auf, die während des Lockdowns teilweise oder ganz eingestellt werden musste. Dies ist zur Sicherung der Teilhabe und zur Vermeidung und Reduzierung krankheitsbedingter Folgekosten (z. B. Suchterkrankungen, Kindergesundheit, chronische Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit) dringend erforderlich und im gesamtgesellschaftlichen Interesse.

Wie auch in vielen anderen Leistungsbereichen bedingen, die nach wie vor geltenden Abstands- und Hygieneanforderungen erhebliche Leistungs- und Prozessveränderungen, deren Kosten in den Vergütungsvereinbarungen nicht berücksichtigt sind:

- Erhöhte Sachkosten für Schutzmaterialien: Den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entstehen coronabedingt erhöhte Kosten für Schutzmaterialien zum Schutz der Patienten, Begleitpersonen und Mitarbeitenden.
- Erhöhte Personalkosten wegen Abstandsvorschriften durch kleinere Therapiegruppengrößen oder Umstrukturierung von Verpflegungs- und Freizeitangeboten. Dadurch steigt der anteilige Personalaufwand je Rehabilitand.
- Erhöhter personeller und materieller Aufwand bei Reinigung, unterstützenden Dienstleistungen und durch die Umsetzung von Hygienevorschriften.
- Testungen: Insbesondere in Einrichtungen, die vulnerable Rehabilitanden betreuen, muss größtmögliche Klarheit über den Infektionsstatus herbeigeführt werden. Teilweise wird dies auch regelhaft durch die örtlichen Gesundheitsämter verlangt. Die Kosten der dazu notwendigen Testungen für Rehabilitanden und das Einrichtungspersonal müssen refinanziert werden, was die Verordnung zu den Testungen bedauerlicherweise nicht vorsieht.
- Erhöhte Kosten für Quarantäne infolge nicht möglicher oder verzögerter Abreisen.

Insbesondere die aufgrund der Abstandsregelungen reduzierte Rehabilitandenanzahl und der erhöhte Personalbedarf führen dazu, dass coronabedingt weniger Rehabilitanden gleichzeitig aufgenommen werden können. Zudem müssen die Einrichtungen Quarantänebereiche freihalten. Damit treffen die den geltenden Vergütungsvereinbarungen zugrundeliegenden Annahmen zur Auslastung der Einrichtungen nicht mehr zu. In Folge dessen kann die kalkulierte Auslastungsquote nicht eingehalten werden. Der geltende Schutzschirm sichert Liquidität, kann aber Erlösausfälle bei erforderlicher Minderbelegung nicht vollständig ausgleichen. Die § 111d-Systematik greift nur bei einer Reduktion bzw. Betriebsschließung, da sie auf eine erhebliche Absenkung der laufenden Kosten abzielt. Wie dargelegt steigen aber Sach- und Personalkosten im „Corona-Regelbetrieb“. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen daher vor, zur pauschalen Abgeltung der außerordentlichen Mehraufwendungen einen pauschalen Zuschlag auf den vereinbarten Vergütungssatz in Ansatz zu bringen.

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

Änderungsbedarf

§ 111d Abs. 9 SGB V (neu)

„Zur pauschalen Abgeltung der außerordentlichen Mehraufwendungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 rechnen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111a und 111c SGB V für jeden Patienten und jede Patientin, der oder die ab dem 1. April 2020 zur Behandlung in die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 40 % auf den vereinbarten Vergütungssatz pro Tag ab. Dies gilt entsprechend für Vergütungssätze von Begleitpersonen. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber ihren Kostenträgern.“

Sollte sich der Gesetzgeber nicht für eine pauschale Abgeltung entscheiden, schlagen wir vor, die Mehrkosten zu verhandeln und dafür die Rahmenempfehlungen anzupassen.

§ 111d Absatz 8 SGB V (neu)

„In den Rahmenempfehlungen nach § 111 Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 sind auch Grundsätze zur Kalkulation der coronabedingten Mehrkosten zu vereinbaren. Diese können rückwirkend zum 1. April 2020 gegenüber den Krankenkassen geltend gemacht werden.“

3. §§ 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

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 auch auf pflegende Angehörige erweitert worden. Die typischen Erkrankungen und Gesundheitsprobleme dieser Antragsteller/innen sind geprägt durch eine hohe psychische/psychosomatische Komponente und im Kontext komplexer Mehrfachbelastungen in der aktuellen Lebenssituation zu sehen.

Im Rahmen der aktuellen Covid-19-Pandemie haben die Belastungssituationen für Mütter/Väter deutlich zugenommen, und ist ein potentieller Bedarf an diesen spezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen weiter angewachsen. Gleichzeitig haben sich durch den Lockdown mit Schließung der Müttergenesungskliniken bis Juni/Juli/ teilw. August und Neustart mit behördlich angeordneter reduzierter Auslastung die Wartezeiten für angemeldete Patient/innen dramatisch verlängert.

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

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 Gesundheitssituation der Mütter und Väter am zielführendsten entspricht. Das können Rehabilitationsmaßnahmen sein, aber oft auch ergänzende Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen. 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.

Umso mehr braucht es aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und des Müttergenesungswerkes eine sozialrechtlich abgesicherte Einbindung der Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände in die Leistungsversorgung, auch um einen dem aktuellen Bedarf entsprechenden Leistungsausbau vollziehen zu können.

Die bisherige Struktur der Beratungsstellen mit überwiegender Eigen- und Spendenfinanzierung der Wohlfahrtsverbände mit Mittelrückgängen hat im letzten Jahr zu weiteren Reduzierungen in der Kapazität und Schließung von Beratungsstellen geführt. Für die aktuellen Herausforderungen und das Erfordernis der Sicherstellung einer verlässlichen und längerfristigen Beratung für gesundheitlich belastete Familien ist diese Finanzierungsstruktur nicht geeignet.

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 § 132x 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.).

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.

§ 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.

§ 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. im SGB IX.

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 psychosozialen Beratung insbesondere für Familien in besonderen Belastungssituationen getroffen werden sollen.

Stellungnahme der BAGFW

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

Medizinische Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige

Um den besonderen Belangen pflegender Angehöriger entgegen zu kommen, sehen es die Verbände der BAGFW weiterhin als erforderlich an, dass auch beim Anspruch auf stationäre medizinische Vorsorge der Vorrang ambulanter Maßnahmen vor stationären Maßnahmen für pflegende Angehörige ausgenommen wird. Da für diese Zielgruppe ambulante Maßnahmen in der familiären Situation praktisch nur schwer nutzbar sind, sollte bei Bedarf ein früherer Zugang in gesundheitspräventive Angebote auch in einem stationären Setting ermöglicht werden. Der Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen sollte nicht nur für Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 SGB V gelten, sondern auch für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V.

Berlin, 11.06.2020

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)

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