

**Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
(DEGEMED)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)
Vom 06.07.2018**

A. Allgemeine Bewertung

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) begrüßt, dass mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) die Situation der Pflegefachkräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen verbessert werden soll.

Die DEGEMED hält es für entscheidend, dass darüber hinaus auch die Pflegefachkräfte in den über 1.000 ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen in Deutschland von den vorgeschlagenen gesetzlichen Maßnahmen profitieren. Sie sind ähnlichen Belastungen ausgesetzt wie die Pflegekräfte in anderen Versorgungsbereichen. Die Versorgungsqualität in der medizinischen Rehabilitation hängt entscheidend davon ab, dass die Beschäftigungsbedingungen für Pflegekräfte attraktiv und wettbewerbsfähig ausgestaltet werden können. Der heute bereits zu verzeichnende Personalmangel bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation wird sich sonst zu einer Personalkrise der gesamten Branche ausweiten. Schon heute fällt es vielen Reha-Einrichtungen schwer, Pflegepersonal zu finden. Es erschließt sich daher sachlich nicht, warum die Pflegekräfte in Reha-Einrichtungen nicht von den im Referentenentwurf enthaltenen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsprävention für Angehörige von Pflegeberufen profitieren soll. Wir schlagen deshalb vor, dass die geplanten Unterstützungsangebote im Bereich der betrieblichen Gesundheitsvorsorge auch Reha-Einrichtungen zu Gute kommen (Abschnitt I.).

Die DEGEMED begrüßt darüber hinaus, dass pflegende Angehörige einen einfacheren Zugang in die medizinische Rehabilitation erhalten sollen. Dies ist angesichts der schweren Belastungen, denen Pflegepersonen täglich ausgesetzt sind, dringend erforderlich. Hohe Barrieren beim Zugang und Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung behindern aktuell die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen durch pflegende Angehörige. Damit pflegende Angehörige eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, reicht eine Einzelmaßnahme jedoch nicht aus. Vielmehr muss ein umfassender Prozess in Gang gesetzt werden, um diese Zielgruppe überhaupt zu erreichen. Oft fehlen schon grundlegende Informationen über Reha-Angebote und den Zugang dazu. Ebenso ist es pflegenden Angehörigen im Pflege-Alltag kaum möglich, die umfassenden bürokratischen und organisatorischen Hürden für sich und den Pflegebedürftigen zu bewältigen. Wir schlagen deshalb vor, ein Verfahren im SGB XI zu regeln, dass pflegende Angehörige darin unterstützt, eine medizinische Rehabilitation auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen und ihre Pflegefähigkeit zu erhalten (Abschnitt II.).

Der Referentenentwurf enthält schließlich umfangreiche Maßnahmen zur Finanzierung von Pflegestellen in Krankenhäusern, die im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelt werden sollen. Dazu gehört unter anderem die Refinanzierung sämtlicher Tarifsteigerungen in der Pflege. Diese Regelungen müssen wirkungsgleich auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation übertragen werden. Sonst droht ein personelles Ausbluten der medizinischen Rehabilitation. Das aktuelle Vergütungsniveau von Reha-Kliniken liegt ca. 30% unter dem, was zur Erfüllung der Strukturanforderungen der Krankenkassen notwendig ist. Aufgrund dieser prekären Vergütungssituation ist für diejenigen Reha-Einrichtungen, die vor allem für die Krankenkassen Reha-Leistungen erbringen, die Finanzierung von Tarifsteigerungen in der Pflege faktisch unmöglich. Ursächlich hierfür ist, dass der Wettbewerb im Reha-Markt zu Lasten der Reha-Einrichtungen massiv gestört ist. Insbesondere fehlt es an verpflichtenden Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern, die die Leistungsbeziehungen transparent, rechtskonform und fair ausgestalten (Abschnitt III.).

Stellungnahme im Einzelnen

I. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung Betriebliche Gesundheitsförderung Nationale Präventionsstrategie Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 20 Absatz 6, § 20b Absatz 3 und 20d Absatz 3

a) Beabsichtigte Regelung:

Die Krankenkassen werden in § 20 Absatz 6 SGB V verpflichtet, mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen. In § 20b Absatz 3 SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, diese Einrichtungen hinsichtlich Gesundheitsförderung verstärkt zu unterstützen und zu beraten. Gemäß der vorgeschlagenen Änderungen nach § 20d Absatz 3 SGB V soll dies auch in die Nationale Präventionsstrategie Eingang finden.

b) Stellungnahme

Die Regelung ist sehr zu begrüßen. Eine bessere betriebliche Gesundheitsförderung ist insbesondere aufgrund des steigenden Erwerbsalters zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Fachkräften im Gesundheitswesen dringend geboten. Dies sollte sich auch in der Nationalen Präventionsstrategie niederschlagen.

Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, warum Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 keine Unterstützung bei der (betrieblichen) Gesundheitsförderung erhalten sollen. Wir schlagen deshalb vor, diese Einrichtungen in den geplanten gesetzlichen Regelungen zu ergänzen.

c) Vorschlag

Wir schlagen folgende Änderungen des § 20 Absatz 6, § 20b Absatz 3 und § 20d Absatz 3 SGB V vor:

- § 20 Absatz 6 SGB V – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

*„Für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 **und 2** und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches erbracht werden, wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 3 für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“*

- § 20b Absatz 3, Satz 1 SGB V – Betriebliche Gesundheitsförderung

§ 20b Absatz 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden nach dem Wort „Unternehmen“ die Wörter „*und insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 **und 2** und Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches,*“ eingefügt.

- § 20d Absatz 3 SGB V – Nationale Präventionsstrategie

In § 20d Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

*„Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 **und 2** und Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches.“*

d) Begründung

Auch in Rehabilitationseinrichtungen herrscht bei Pflegekräften Fachkräftemangel. Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege ist zur Sicherstellung der Versorgung ebenso wichtig wie in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Pflegekräfte in Reha-Einrichtungen profitieren im gleichen Umfang wie Pflegekräfte in anderen Einrichtungen von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie sollten daher auch in gleichem Umfang Zugang zu diesen Leistungen erhalten. Eine Differenzierung ist aus unserer Sicht nicht sachgemäß.

II. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 40 Absatz 2

a) Beabsichtigte Regelung

Ziel der neuen Regelung von § 40 Absatz 2 SGB V ist es, pflegenden Angehörigen einen erleichterten Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu ermöglichen. Hierfür erhalten sie in Zukunft nach ärztlicher Verordnung eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation, ohne dass zuvor ambulante Leistungen durchgeführt wurden.

b) Stellungnahme

Die im Referentenentwurf vorgesehene Änderung verfehlt das beabsichtigte Ziel eines besseren Zugangs zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige vollständig.

Das Festhalten am Genehmigungsvorbehalt für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige steht im direkten Gegensatz zu der Maßgabe des Koalitionsvertrages von CDU, CSU und SPD vom 06.03.2018. Danach sollten Reha-Leistungen direkt verordnet werden können. Stattdessen hält die vorgeschlagene Regelung am bisherigen Antragsverfahren fest und beseitigt lediglich den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Das Festhalten am bisherigen Antragsverfahren bringt für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen keinerlei Verbesserung. Ihnen wird stattdessen zugemutet, auch in Zukunft ein bürokratisches und risikobehaftetes Verwaltungsverfahren zu durchlaufen.

Zum Zweiten brauchen pflegende Angehörige aufgrund ihrer Lebenssituation aktive Unterstützung, um ein Reha-Angebot in Anspruch nehmen zu können. Oft haben sie weder ausreichende Informationen über dieses Angebot, noch ist es ihnen im Pflege-Alltag möglich, die umfassenden bürokratischen und organisatorischen Hürden für sich und den Pflegebedürftigen zu bewältigen.

c) Vorschlag

Wir schlagen daher folgende Änderung des § 7a, Absatz 2 und § 37 Absatz 4 SGB XI vor:

- § 7a, Absatz 2 SGB X – Pflegeberatung

(2) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Diese umfasst die Beratung über die Inanspruchnahme und Organisation einer medizinischen Rehabilitation innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung des Bedarfs nach § 37 Absatz 4. Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. (...)

- § 37 Absatz 4 SGB XI - Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

*(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. **Dieses Formular beinhaltet die Erfassung des Bedarfs medizinischer Rehabilitation des pflegenden Angehörigen. Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte sind berechtigt, mit Zustimmung der Pflegeperson den Reha-Bedarf an die Pflegekasse sowie den Hausarzt der Pflegeperson zu melden. (...)***

d) Begründung

Nach § 37 Absatz 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, einmal halbjährlich (bei Pflegegrad 2 und 3) oder einmal vierteljährlich (bei Pflegegrad 4 und 5) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Diese Pflegefachkraft kennt die häusliche Situation, in der sich der Pflegebedürftige und der pflegende Angehörige als Pflegeperson befinden. Sie ist in der Lage, den Reha-Bedarf der Pflegeperson einzuschätzen. Sie kann regelhaft bei jedem Hausbesuch überprüfen, ob Anzeichen für eine medizinische Rehabilitation für den pflegenden Angehörigen bestehen. Sobald sie z.B. anhand von Kriterien einen Bedarf erkennt, kann sie dies mit Einverständnis der Pflegeperson an den zuständigen Hausarzt melden. Die Information geht ebenso an die Pflegekasse des pflegenden Angehörigen, um die nachgehende Beratung sicherzustellen.

Der zuständige Hausarzt entscheidet nach Aktenlage bzw. soweit erforderlich nach einer Untersuchung über die Notwendigkeit einer medizinischen Reha und gibt die Verordnung schriftlich an die Pflegeperson zurück.

Die Pflegekasse, die zuvor von der beratenden Pflegefachkraft über den Reha-Bedarf informiert wurde, kontaktiert den örtlichen Pflegestützpunkt oder einen andere Pflege-Beratungsstelle nach § 7c SGB XI. Die Beratungsstelle nimmt mit der Pflegeperson innerhalb von 14 Tagen Kontakt auf, um den Reha-Prozess und vor allem die abgestimmte Versorgung des Pflegebedürftigen während der Zeit der medizinischen Rehabilitation zu besprechen. Der

Beratungstermin soll die Unterstützung der Pflegeperson bei der Auswahl der Reha-Einrichtung sowie Information an den zuständigen Leistungsträger (Gesetzliche Krankenkassen oder Deutsche Rentenversicherung) und die Organisation der Versorgung des Pflegebedürftigen während der Reha, ggf. die Antragstellung auf Kurzzeitpflege bzw. die Antragsstellung zur Mitnahme des Pflegebedürftigen nach § 40 SGB V beinhalten.

Dieses Verfahren erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass pflegende Angehörige medizinische Reha-Leistungen tatsächlich in Anspruch nehmen, um ihre Pflegefähigkeit zu erhalten. Dies ist nicht nur für die Pflegebedürftigen, sondern auch hinsichtlich der finanziellen Folgen für die Pflegeversicherung elementar. Können pflegende Angehörige aus gesundheitlichen Gründen die erforderliche Pflege nicht mehr leisten, muss der Pflegebedürftige mit großer Wahrscheinlichkeit eine stationäre Pflege in Anspruch nehmen.

III. Artikel 8 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, § 10 Absatz 5

a) Beabsichtigte Regelung

Die Neuregelung von § 10 Absatz 5 Satz 1, 2 und 3 KHEntgG hat zum Ziel, alle erhöhten Personalkosten, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen, vollständig zu refinanzieren.

b) Stellungnahme

Die Refinanzierung von Pflegepersonalkosten in Krankenhäusern ist aufgrund des großen Fachkräftemangels in der Pflege zu begrüßen.

Pflegekräfte leisten in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Reha-Kliniken jeden Tag sehr wertvolle Arbeit. Die Refinanzierung von Tarifsteigerungen sollte deshalb nicht allein auf die Einrichtungen der Akutversorgung reduziert werden. Steigen dort die Gehälter an und können Reha- und Altenpflegeeinrichtungen mit diesen Entwicklungen nicht mithalten, geraten sie in Personalschwierigkeiten. Das kann die gesamte Versorgungskette gefährden.

Bereits jetzt liegt das aktuelle Vergütungsniveau in Reha-Einrichtungen ca. 30% unter dem, was zur Erfüllung der Strukturanforderungen der Krankenkassen notwendig ist (vgl. Gutachten „Was kostet die Rehabilitationsleistung? – Kostenberechnung auf Basis struktureller Anforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ der aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH im Auftrag der AG MedReha SGB IX vom 23.05.2018). Grund hierfür ist vor allem die erhebliche Verhandlungsasymmetrie zu Lasten der Reha-Einrichtungen. Ein funktionsfähiger Wettbewerb mit freiem Austausch von Angebot und Nachfrage existiert im Markt der medizinischen Rehabilitation aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen nicht. Rehabilitationseinrichtungen befinden sich in einer chronischen Unterfinanzierung. Dieser Zustand macht die Finanzierung von Tarifsteigerungen in der Pflege de facto unmöglich.

c) Vorschlag

Wir schlagen deshalb folgende Regelung in § 38 SGB Absatz 3 und 4 IX vor:

~~(3) Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden; sie können über den Inhalt der Verträge Gemeinsame Empfehlungen nach § 13 sowie Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen vereinbaren.~~ **Die Rehabilitationsträger schließen mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer für jede Leistungsgruppe nach § 5 Rahmenverträge ab. Die Rahmenverträge enthalten Regelungen über**
1. Grundsätze der Verhandlung über den Abschluss von Verträgen nach Absatz 1,

2. Grundsätze über Vergütungsbestandteile, die Ermittlung der Vergütungshöhe und ihrer Anpassung,
3. Grundsätze der Qualitätssicherung, insbesondere deren Instrumente sowie der Nutzung und Weitergabe der Ergebnisse.
4. Marktanalysen und Prognosen der Bedarfsentwicklungen aus Sicht der Rehabilitationsträger
5. Grundsätze der Auswahl von Einrichtungen und Diensten nach § 36 Absatz 2.

Der Bundesbeauftragte für Datenschutz wird beteiligt. Vereinbaren die Rehabilitationsträger nicht innerhalb von 6 Monaten, nachdem das BMAS sie dazu aufgefordert hat, Rahmenverträge nach Absatz 2 Satz 1, kann das BMAS Regelungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen.

(4) Fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen haben einen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages nach § 38 Absatz 1. (...)

d) Begründung

Deutschland hat eine hoch entwickelte und leistungsfähige Reha-Infrastruktur. Die bisherigen Regelungen zum Leistungserbringerrecht der Rehabilitation sind jedoch defizitär. Es gibt keine gesetzlich vorgeschriebenen Rahmenvereinbarungen für eine transparente und diskriminierungsfreie Ausgestaltung des Marktzugangs, des Wettbewerbs und der Ausgestaltung der Leistungsbeziehungen zwischen den gesetzlichen Rehabilitationsträgern und den Leistungsanbietern. Preise werden einseitig und im Verborgenen verhandelt. Um diesen Zustand zu beenden, ist die Verpflichtung zur Vereinbarung von Rahmenverträgen gesetzlich zu regeln. Dies würde ermöglichen, Tarifsteigerungen in der Pflege in den Verhandlungen zu berücksichtigen.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) ist Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation und vertritt in ganz Deutschland indikationsübergreifend die Interessen stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen in öffentlicher, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft.