

06.09.2019

**Stellungnahme zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und
intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und
Intensivpflege-Stärkungsgesetz - RISG)**

A. Vorbemerkung

Mit dem vorgelegten Entwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes verfolgt das Bundesministerium für Gesundheit das Ziel, den Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu verbessern, um damit insbesondere von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dies ist sowohl für jede einzelne Patientin und jeden Patienten essenziell als auch für die Entlastung der Solidargemeinschaft und Entschärfung des Fachkräftemangels in der Pflege von großer Bedeutung. Der BDPK begrüßt aus diesem Grund ausdrücklich, dass nun die dringend notwendigen Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die medizinische Rehabilitation angestoßen werden.

Durch das vorgeschlagene vereinfachte Genehmigungsverfahren wird die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitationsleistung durch den behandelnden Vertragsarzt auch für die Krankenkassen verbindlich. Ein schnellerer Zugang zu bedarfsgerechten Reha-Maßnahmen für Patientinnen und Patienten kann damit gewährleistet werden. Positiv zu bewerten ist auch, dass die Krankenkassen bei allen Reha-Leistungen von dem in der Verordnung attestierten medizinischen Bedarf nur noch dann abweichen dürfen, wenn sich dies zweifelsfrei aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ergibt. Im Sinne des Patientenrechts auf Information und Transparenz wäre hierbei jedoch noch wichtig, gesetzlich zu verankern, dass dieses Gutachten den Patienten und dem verordnenden Arzt auch zur Verfügung gestellt wird.

Auch im Bereich der Vergütung von Rehabilitationsleistungen sind sinnvolle Änderungen vorgesehen. So kann mit der Streichung der Grundlohnsummenbindung ein wesentliches Hemmnis für eine angemessene Refinanzierung der medizinischen Rehabilitation endlich abgeschafft werden. Gut ist auch, dass die Krankenkassen auf Bundesebene nun gemeinsam mit den Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungs- und Vergütungsverträge nach § 111 SGB V vereinbaren müssen. Dies verhindert eine Verhandlungsübermacht der Krankenkassen und stellt damit eine wichtige Grundlage für eine leistungsgerechte Vergütung von Reha-Maßnahmen dar.

B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V

1. Art. 1 Nr. 4 a), § 40 Abs. 2 SGB V

Neuregelung

Grundsätzlich bestimmt die Krankenkasse, in welcher Rehabilitationseinrichtung die Maßnahme durchgeführt wird. Versicherte können für eine stationäre Rehabilitation auch eine andere, von der Krankenkasse nicht bestimmte zertifizierte Einrichtung wählen. Sie tragen bisher hierfür die Mehrkosten, soweit diese im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach dem SGB IX nicht angemessen sind. Dieses freie Wahlrecht soll gestärkt werden, indem der von den Versicherten zu tragende Mehrkostenanteil auf die Hälfte reduziert wird.

Bewertung

Die derzeitige Regelung enthält mehrere unbestimmte Rechtsbegriffe, die zu Intransparenz und Interpretationsmöglichkeiten führen. Welches Wunsch- und Wahlrecht ist berechtigt? Welche Mehrkosten sind angemessen? Ist die genannte Referenzklinik tatsächlich im Einzelfall die bestgeeignetste oder einfach nur die günstigste, mit der die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat? Diese Unbestimmtheiten führen dazu, dass die Krankenkassen immer sog. Mehrkosten von den Versicherten verlangen, sobald diese ihr Wunsch- und Wahlrecht geltend machen. Es besteht keinerlei Transparenz über die Leistungsentscheidung und über die Vertragsbeziehungen der Krankenkasse. Die Leistungsbescheide gehen nicht auf den Einzelfall ein, sondern bestehen aus Textbausteinen. Eine Abwägung, ob ein berechtigter Wunsch nach § 8 SGB IX vorliegt, findet meist nicht statt oder die Tragung der Mehrkosten wird von den Krankenkassen aufgrund der „Unangemessenheit“ gegenüber der Solidargemeinschaft abgelehnt. Versorgungsverträge mit Rehabilitationskliniken dürfen nur geschlossen werden, wenn sie wirtschaftlich sind, so dass sie auch angemessen sein müssten (§ 111 Abs. 2 SGB V). Das Verfahren ist für die Versicherten nicht zu durchschauen, so dass die Rechte des Versicherten oft unbeachtet bleiben. Das führt defacto zu einer generellen Zuzahlung für die Versicherten und trifft vor allem die, die es sich nicht leisten können.

Diese Unbestimmtheiten bestehen durch die Neuregelung weiterhin.

Problematisch ist die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts insbesondere im verkürzten Verfahren der Anschlussrehabilitation. Ein Widerspruch der Versicherten gegen die Einrichtungsentscheidung der Krankenkasse führt zu Verzögerungen und sie bleiben in der

Folge länger im Krankenhaus. Die Versicherten werden von den Krankenkassen immer in die günstigste Rehabilitationseinrichtung gesteuert - unabhängig vom Einzelfall - auch wenn sie über 100 km entfernt liegt. In der Krankenversicherung wünschen sich aber gerade ältere, multimorbide Patienten eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung, um von ihren Angehörigen besucht werden zu können. Die Durchsetzung dieser Möglichkeit von finanziellen Anforderungen abhängig zu machen, ist den Patienten nicht zuzumuten. Insofern muss jede geeignete Klinik mit Versorgungsvertrag ohne Mehrkostentragung gewählt werden können.

Solange die Krankenkasse über die Belegung der Einrichtung entscheidet, erhalten Rehabilitationseinrichtungen den Anreiz, niedrige Preise auf Kosten der Leistung (insbesondere Anzahl der therapeutischen Leistungen) und des Personals anzubieten. Mit einer konsequenten Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts wird sich dieser Preiswettbewerb in einen Qualitätswettbewerb wandeln, von dem die Versicherten nachhaltig profitieren. Da die Vergütung vereinbart wird, ist eine Ausuferung der Kosten nicht zu befürchten.

Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag Art. 1 Nr. 4 a), § 40 Abs. 2 neu

„(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. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. **Der Versicherte kann jede geeignete, zertifizierte Einrichtung mit Versorgungsvertrag wählen.** Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung **ohne Versorgungsvertrag**, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 des Neunten Buches angemessen sind. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. § 39 Absatz 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Absatz 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind; bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz

2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern.“

2. Art. 1 Nr. 4 b) aa), § 40 Abs. 3 SGB V

Neuregelung

Mit der Neuregelung soll die geriatrische Rehabilitation noch vor einer Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden möglichen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. § 18 SGB XI) gestärkt werden. Zu diesem Zweck soll eine medizinisch erforderliche geriatrische Rehabilitation nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse durchgeführt werden. Das Genehmigungsverfahren der Krankenkasse wird dadurch erleichtert, und der Zugang zur Leistung kann für die Versicherten schneller erfolgen. In allen anderen Fällen einer Rehabilitation kann die Krankenkasse von der vertragsärztlichen Verordnung einer Rehabilitationsleistung hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur noch aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.

Bewertung

Regelungen zur Erleichterung und Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens und zur Beschleunigung des Zugangs sind dringend erforderlich. Dies ist essenziell, um dem stetig ansteigenden Pflegebedarf entgegen zu wirken. Notwendig ist dabei, die medizinische Überprüfung der ärztlichen Verordnung generell bei Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entfallen zu lassen. Denn auch Rehabilitationsleistungen in den Indikationen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie richten sich an ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und vermeiden Pflegebedürftigkeit. Ein ausschließlicher Fokus auf die geriatrische Rehabilitation kann dazu führen, dass die verordnenden Ärzte die teurere geriatrische Rehabilitation verordnen, obwohl diese nicht immer notwendig ist. Auch § 18 SGB XI beschränkt sich nicht auf geriatrische Leistungen, denn indikationsspezifische Reha-Leistungen zielen aufgrund des ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes ebenfalls auf Pflegevermeidung ab. Insofern sollte für alle verordneten Reha-Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit auf Grundlage geeigneter Abschätzungsinstrumente (medizinischen Assessments) die medizinische Überprüfung durch die Krankenkassen entfallen und nicht nur für eine bestimmte Indikation der Rehabilitation. Problematisch ist zudem, dass die geriatrische Rehabilitation nur in einem Teil der Bundesländer erbracht wird.

Ein schneller Zugang zur Rehabilitation ist insbesondere auch bei Leistungen der Anschlussrehabilitation wichtig. Hier stellt ein Krankenhausarzt die Rehabilitationsbedürftigkeit fest. Für diese sog. Anschlussrehabilitationsleistungen können geeignete Abschätzungsinstrumente den bürokratischen Aufwand verringern und das

Genehmigungsverfahren beschleunigen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat für Anschlussheilbehandlungen bereits einen Katalog für Direktverlegungen erstellt. Für diese Leistungen sollte das Erfordernis der vorherigen Genehmigung auch für die Krankenversicherung entfallen. Anschlussrehabilitationsleistungen werden heute schon zu 92% von den Krankenkassen genehmigt. Durch den Wegfall der Überprüfung der vorherigen Erforderlichkeit durch die Krankenkassen kann Verwaltungsaufwand verringert und ein schneller Zugang gewährleistet werden. Insbesondere bei Streitigkeiten zwischen Krankenkasse und Versichertem über die bestgeeignetste Einrichtung kommt es zu Verzögerungen der Anschlussrehabilitation mit der Folge eines längeren Krankenhausaufenthalts. Ein solcher Zeitverzug kann gravierende gesundheitliche Folgen für die Versicherten haben.

Oftmals werden Rehabilitationsleistungen von den Krankenkassen mit der Begründung abgelehnt, dass noch nicht alle ambulanten Leistungen ausgeschöpft seien. Diese Entscheidung wird jedoch ohne Prüfung der Wohnortstruktur und der Zumutbarkeit für den Versicherten vorgenommen. Deshalb ist es wichtig, diese Gegebenheiten mit in die Begutachtung einzubeziehen. Im Falle einer verfügbaren und zumutbaren Alternativleistung, sollte diese mit der Leistungsentscheidung mit genehmigt werden, sofern erforderlich. Das MDK-Gutachten muss zudem dem Versicherten und dem verordnenden Arzt aus Transparenzgründen im Falle der Nichtgenehmigung der verordneten und beantragten Leistung ausgehändigt werden.

Auch für Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 5 SGB V sollten das Genehmigungsverfahren und der Zugang erleichtert werden.

Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag Art. 1 Nr. 4 b) aa), § 40 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 neu

„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten **geriatrischen** Rehabilitation **zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit** wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der **geriatrischen-Indikation drohenden Pflegebedürftigkeit** durch geeignete Abschätzungsinstrumente. **Eine Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt kann vom Krankenhausarzt auf Grundlage eines Indikationskatalogs direkt eingeleitet werden, ohne dass es einer vorherigen Genehmigung bedarf.** Von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nach Absatz 1 und 2 in allen anderen Fällen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen. **Wird im Gutachten ausgeführt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme nicht notwendig ist, sondern andere Leistungen ausreichend sind, sind diese unter**

Berücksichtigung der Erreichbarkeit und Zumutbarkeit aufzuzeigen und einzuleiten. Das Gutachten ist dem Versicherten und dem verordnenden Arzt zu übermitteln.“

3. Art. 1 Nr. 4 b) ee), § 40 Abs. 3 SGB V

Neuregelung

Es wird vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2021 einen Bericht vorlegt, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation auch unter Berücksichtigung der Bearbeitungsdauer der Krankenkassen, wiedergegeben werden.

Bewertung

Der Kassenärztlichen Vereinigung und den Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer sollte die Gelegenheit gegeben werden, zu dem Bericht Stellung zu nehmen. Eine einseitige Darstellung wird damit vermieden.

Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag Art. 1 Nr. 4 b) ee), § 40 Absatz 3 Satz 12 SGB V neu

Folgender Satz wird Satz 12 neu angefügt:

„Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Erbringern von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Bericht nach Satz 12 zu geben.“

4. Art. 1 Nr. 5, § 41 Abs. 1 und 2, § 24 SGB V

Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur einer Verweisung, die durch die Änderung des § 40 Absatz 2 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 unrichtig geworden ist.

Bewertung

Durch die von uns vorgeschlagene Änderung in § 40 Abs. 2 SGB V unter Punkt I.1. muss die Verweisung in § 41 Abs. 1 SGB V entsprechend geändert werden.

Aus unserer Sicht sollte auch bei den Vorsorge- und Reha-Leistungen für Mütter und Väter die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung durch die Krankenkasse entfallen. Die Bedeutung von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter, Väter und Kinder nimmt mit Blick auf den demografischen Wandel und den steigenden Fachkräftemangel weiter zu. Die ganzheitlichen Angebote wirken spezifischen Gesundheitsrisiken oder bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern effektiv entgegen und berücksichtigen dabei psychosoziale Problemsituationen von Familien wie Belastungssituationen durch die Versorgung pflegebedürftiger Angehörige, Partnerschafts- und Erziehungsprobleme. Viele belastete Eltern, die einen Antrag stellen, kümmern sich nicht nur um ihre Kinder, sondern auch um zu pflegende Angehörige und tragen dazu bei, dass Pflegebedürftige zu Hause und nicht im Pflegeheim betreut werden. Hier ist es besonders wichtig, den belasteten Müttern und Vätern einen frühzeitigen und unkomplizierten Zugang zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen, damit sie auch weiterhin ihre verantwortungsvollen Aufgaben erfüllen können, ohne dadurch selbst zu erkranken.

Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag Art. 1 Nr. 5, § 41 Absatz 1 Satz 4 SGB V neu

„§ 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3, 4 **und 5** gilt entsprechend.“

Formulierungsvorschlag § 41 Absatz 2 SGB V

„§ 40 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend. **§ 40 Absatz 3 gilt mit der Maßgabe, dass die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlichen verordneten medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nicht überprüft wird; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung durch geeignete Abschätzungsinstrumente.**“

Formulierungsvorschlag § 24 Abs. 2 SGB V

„§ 23 Abs. 5 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlichen verordneten medizinischen Vorsorgeleistung für Mütter und Väter von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nicht überprüft wird; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung durch geeignete Abschätzungsinstrumente.“

II. Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Art. 1 Nr. 8 a) und Nr. 11 a), § 111 Abs. 5 und § 111c Abs. 3 SGB V

Neuregelung

Die Regelungen sehen vor, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 nicht für die Vereinbarung von Vergütungen für ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation gelten soll. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung im Einzelfall die jährliche Grundlohnsummensteigerung nach § 71 Absatz 3 überschreiten kann. Durch höhere Vergütungen können Einrichtungen in die Lage versetzt werden, Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen.

Klargestellt wird, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.

Bewertung

Die Möglichkeit, Vergütungssatzsteigerungen oberhalb der Grundlohnsteigerung zu vereinbaren, ist dringend erforderlich, um eine qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistung erbringen zu können. Insbesondere im Hinblick auf den sich verschärfenden Fachkräftemangel und der finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser bei der Einstellung von Pflegekräften müssen Rehabilitationseinrichtungen in die Lage versetzt werden, für die Beschäftigung des erforderlichen Personals wettbewerbsfähig zu sein.

Die Klarstellung, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, ist ebenfalls wichtig. Da es keine flächendeckenden Tarifverträge für den Reha-Bereich gibt, muss sichergestellt werden, dass Gehälter ebenfalls als wirtschaftlich anerkannt werden, die Reha-Einrichtungen in betrieblichen Vereinbarungen regeln. Insbesondere kleinere Einrichtungen sind oftmals nicht in der Lage Tarifverträge abzuschließen. Diese dürfen bei der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe von Tarifverträgen nicht schlechter gestellt werden. Dies muss in der Begründung zum Gesetz entsprechend klargestellt werden.

Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag Art. 1 Nr. 8 a) und Nr. 11 a), § 111 Absatz 5 Satz 3 und § 111c Abs. 3 Satz 3 SGB V neu

„Die Bezahlung **bis zur Höhe** tarifvertraglicher ~~vereinbarter~~ Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“

Die Gesetzesbegründung ist entsprechend anzupassen.

C. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Einheitlichkeit von Versorgungs- und Vergütungsverträgen, §§ 111 SGB V ff

Sachstand

Derzeit schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen einheitliche Versorgungs-verträge über die Durchführung der Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, d.h. ein Kollektiv von Krankenkassen steht der einzelnen Einrichtung gegenüber. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

Die Vergütungen für die Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen jeweils einzelvertraglich und losgelöst vom Versorgungsvertrag vereinbart. Kommt eine Vergütungsvereinbarung nicht zustande, entscheidet die Landesschiedsstelle nach § 111b SGB. Für Streitigkeiten über den Versorgungsvertrag ist keine Schiedsstellenregelung vorgesehen.

Bewertung

Der Versorgungsvertrag muss auch eine Vergütungsregelung für die vereinbarte Leistung enthalten und darf nicht von dieser losgelöst vereinbart werden. Einzelvertragliche Vergütungsregelungen sollten weiterhin möglich sein. Die Verträge müssen für alle gesetzlichen Krankenkassen gelten, um den Versicherten ein uneingeschränktes Wahlrecht unter allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen. Zudem sollte es auch möglich sein, dass die Rehabilitationseinrichtungen sich ebenfalls zu einem Kollektiv zusammenfinden und gemeinsam einen Versorgungs- und Vergütungsvertrag mit den Krankenkassen abschließen.

Auch der Versorgungsvertrag muss schiedsstellenfähig auf Landesebene sein.

Änderungsvorschläge

1. § 111 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ~~ihre Mitglieds-kassen~~ **alle gesetzlichen Krankenkassen** einheitliche **Versorgungs- und Vergütungsverträge** über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen **oder bevollmächtigten Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer**, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. ~~Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.~~ Absatz 5 Sätze 5 und 6 (neu) gelten entsprechend.“

2. § 111 Absatz 5 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen ~~werden können~~ zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen **abweichend von Absatz 2 zusätzlich einzelvertraglich vereinbart werden.**“

3. § 111b SGB V wird die Überschrift wie folgt gefasst:

„§ 111b Landesschiedsstelle für **Versorgungs- und** Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen“

4. § 111a und § 111c SGB V sind entsprechend zu ändern

II. Zahl der Ausbildungsträger für Pflegekräfte erhöhen

Sachstand

Die Pflegeausbildung wurde mit dem Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehabilitationseinrichtungen werden darin nicht als Ausbildungsträger genannt. Auch in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gibt es keine verpflichtenden Praxiszeiten in Rehabilitationseinrichtungen.

Bewertung

Allein in Altenheimen und Krankenhäuser sind derzeit 40.000 Pflegestellen unbesetzt. Das PpSG und die Konzertierte Aktion Pflege zielen darauf ab, weitere Pflegestellen zu schaffen und mehr Pflegepersonal auszubilden. Insofern ist es wichtig, die Zahl der Ausbildungsträger für Pflegekräfte zu erhöhen und die Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger im Pflegeberufegesetz aufzunehmen und an der Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen. Für Rehabilitationseinrichtungen ist es zudem schwierig, geeignetes Pflegepersonal auf dem derzeitigen Arbeitsmarkt zu finden. Dadurch, dass sie nicht ausbilden können, wird die Situation erschwert.

Rehabilitationseinrichtungen eignen sich sehr gut als Ausbildungsträger, da Pflegeprozesse in der Rehabilitation über einen deutlich längeren Zeitraum evaluiert werden können. Zudem ist die Rehabilitationspflege sehr gut planbar und ermöglicht dadurch u. a.:

- das Erlernen der Erhebung umfangreicher ICF-orientierter Pflegeanamnesen
- die Formulierung von Pflegediagnosen
- die Durchführung von Pflegevisiten
- die Anwendung von Assessmentinstrumenten sowohl zur Risikoeinschätzung als auch zur Verlaufsdokumentation
- die Durchführung pflegerischer Maßnahmen primär als störungsbild- und zielorientierte Anleitung des Patienten und weniger als Kompensation verlorener Funktionen
- die Integration interdisziplinär erhobener Befunde (u. a. Berufsanamnese) in die pflegerische Versorgung
- die Hospitationen bei beteiligten Berufsgruppen (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie), die der direkten Vermittlung von Inhalten wie bspw. Hilfsmittelversorgung, Erkennen und Umgang mit Schluck- und Sprachstörungen, Hirnleistungsstörungen dienen und
- die tägliche Anwendung theoretisch erworbener Inhalte zur Pflegeberatung durch die enge Einbindung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess.

Änderungsvorschlag

§ 7 Abs. 1 PflBG wird eine Ziffer 4 hinzugefügt:

„zur Versorgung nach §§ 111, 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen
Rehabilitationseinrichtungen.“