

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und Intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz - RISG) vom 14. August 2019

Vorbemerkung

Der Paritätische Gesamtverband e. V. ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und ist der Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen sind in vielen Sozial- und Gesundheitsbereichen tätig, beispielsweise als Träger von Kindertagesstätten, von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, ambulanten Pflegedienste, stationärer Einrichtungen und Krankenhäuser vor allem aber auch von Selbsthilfekontaktstellen und Patientenberatungen. Der Gesamtverband repräsentiert, berät und fördert seine Landesverbände und Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.

Der Paritätische Gesamtverband ist der größte Verband der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Unter seinem Dach engagieren sich über 130 bundesweit tätige, gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen für chronisch kranke und behinderte Menschen. Im „Forum chronisch kranker und behinderter Menschen“ haben sich bundesweit agierende gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, um sich für ihre Interessen einzusetzen. Vertreter/innen des Forums sind als maßgebliche Patientenorganisation nach § 140f SGB V anerkannt und als Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mitberatend tätig.

Zusammenfassung:

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich den neuen eigenständigen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege für betroffene Patientinnen und Patienten. Es ist für das Wohl der Patientinnen und Patienten jedoch ausschlaggebend, dass die Wahl des Ortes der außerklinischen Versorgung einzig bei der betroffenen Person oder ihrer Angehörigen bzw. rechtlichen Betreuer liegen darf. Eine Einschränkung der Selbstbestimmung bzw. des freien Wahlrechts der Patientin bzw. des Patienten im Hinblick auf den Lebensmittelpunkt bzw. den Ort der intensivpflegerischen Versorgung verstößt gegen die Vorschriften zur Teilhabe der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 3 Buchst. c UN-BRK, Art. 19 Buchst. A UN-BRK, Art. 26 Abs. 1 UN-BRK), des

Grundgesetzes (Art. 1 GG, Art. 2 Abs. 1 GG, Art. 11 GG) sowie gegen die entsprechenden Vorgaben des SGB V (§ 2a SGB V), des SGB IX (§ 1 SGB IX) und den im SGB V und SGB XII verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 37 Abs. 1 und 2 SGB V, § 13 SGB XII). Dies ist aus unserer Sicht nicht hinnehmbar.

Menschen mit einem intensivmedizinischen Pflegebedarf, wie z. B. invasiver Beatmung, leiden bereits aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation an einer stark eingeschränkten Lebensqualität. Diesen Betroffenen nun auch noch das Wunsch- und Wahlrecht in Bezug auf den Lebensmittelpunkt zu nehmen, d. h. zum Beispiel in der eigenen Häuslichkeit oder der Familie leben zu können, bedeutet für die Betroffenen einen tiefgreifenden persönlichen Einschnitt in der Selbstbestimmung und nimmt ihnen jegliche Möglichkeit der gesellschaftlichen Teilhabe. Es ist damit zu rechnen, dass die Umsetzung dieser Reform bei den Betroffenen und deren Angehörigen zu psychischen Traumatisierungen, Depressivität oder gar Suizidalität führen wird.

Im Hinblick auf den drastischen Anstieg invasiv beatmeter Patientinnen und Patienten¹ und einer nicht immer gegebenen Qualität, Effizienz und Transparenz in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten (insbesondere in den sog. Beatmung-WGs) sind Maßnahmen einer besseren Qualitätskontrolle angezeigt.

Insbesondere da eine frühzeitige Entwöhnung von der invasiven Beatmung für deren Erfolg ausschlaggebend ist, müssen hierfür entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden. In der derzeitigen Versorgungs- und Finanzierungssituation der Krankenhäuser ist derzeit leider nicht gewährleistet, dass das Weaningpotenzial aller künstlich beatmeten Patientinnen und Patienten vor der Entlassung aus dem Krankenhaus in die ambulante Weiterversorgung im erforderlichen Umfang erfasst und ausgeschöpft wird. Der Paritätische weist darauf hin, dass die Entwöhnung grundsätzlich Aufgabe des Krankenhauses sein muss. Da dies in vielen Krankenhäusern nicht möglich ist, sollte der Gesetzentwurf auch ausdrücklich die Entwöhnung in spezialisierten Weaning-Zentren vorsehen und deren Aufbau fördern.

Gleichzeitig fehlt es bisher an einheitlichen gesetzlichen Regulierungen zu Personalschlüsseln und Strukturvorgaben für Qualität und Finanzierung im außerklinischen Versorgungssetting. Diese werden mit dem vorliegenden Referentenentwurf zu § 132i SGB V nun getroffen. Wir begrüßen die Bestrebungen, das Leistungsspektrum der intensivpflegerischen Versorgung einer besseren Qualitätssicherung zu unterziehen. Den pauschalen Generalverdacht gegenüber ambulanten Anbietern intensivmedizinischer Versorgung weisen wir dabei jedoch zurück.

Der Paritätische begrüßt darüber hinaus die Änderungen im Bereich der Reha-Leistungen im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“. Die medizinische

¹ Es liegen keine verlässlichen Daten zur außerklinischen Beatmung vor. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) geht für das Jahr 2016 von ca. 15.000 bis 30.000 invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten aus, die außerklinisch versorgt wurden; im Jahr 2005 seien es im Vergleich nur 1000 Patientinnen und Patienten gewesen.

Rehabilitation kann helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Ziel ist es, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben führen zu können und am sozialen Leben teilzuhaben.

Im Einzelnen:

§ 37c Außerklinische Intensivpflege

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich die Einführung eines Rechtsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege. Betroffen sind Menschen in allen Altersgruppen vom Säugling bis ins hohe Alter. Dabei können vorliegende Atemstörungen bereits angeboren oder im späteren Leben durch Unfälle oder Erkrankungen erworben werden. Viele der betroffenen Patientinnen und Patienten befinden sich im erwerbsfähigen Alter und können trotz Bedarfs an intensivpflegerischer Versorgung ein weitgehend normales Alltags- und Berufsleben führen. Sie haben jedoch neben dem medizinisch-pflegerischen Bedarf auch einen Bedarf und das Recht auf Leistungen zur Förderung und Sicherung der Teilhabe, dem in der Regel nur ein Versorgungssetting außerhalb einer medizinischen Einrichtung gerecht werden kann. All diese Personengruppen haben sehr heterogene Versorgungsbedarfe an durchgehender spezieller Krankenbeobachtung, wie z.B. Personen mit Querschnittslähmung, hohem Querschnitt, Multipler Sklerose, ALS, schweren internistischen und neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen, Multiorganverletzungen, schweren postoperativen Verläufen etc. Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass viele dieser Erkrankten nach der Akutbehandlung im Krankenhaus einen Bedarf an Frührehabilitation, Rehabilitation und Weaning haben, der wegen des unzureichenden Angebots aufgrund einer unzureichenden Finanzierung nicht gedeckt werden kann.

§ 37c Absatz 1 Satz 2

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich, dass die Verordnung für die außerklinische Intensivpflege, wie in § 37c Absatz 1 Satz 2 ausgeführt, nur durch hierfür besonders qualifizierte Arztgruppen erfolgen darf. Allerdings wird mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass dies derzeit nicht umsetzbar ist, weil diese bei weitem nicht in ausreichender Zahl und flächendeckend zur Verfügung stehen (z.B. gibt es im Großraum München derzeit nur drei niedergelassene Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde und keinen einzigen für Kinderlungenheilkunde, jedoch ca. 30 Intensivpflegedienste). Deshalb schlagen wir vor, dass neben den Fachärzten für Pneumologie und Lungenheilkunde auch die Fachärzte für Anästhesie, Neurologie und Hals-Nasen-Ohrenkunde mit beatmungsmedizinischer Zusatzqualifikation zugelassen werden. Auch sollten qualifizierte Fachärzte aus den Kliniken Patientinnen und Patienten zu Hause weiter versorgen dürfen, falls es keine niedergelassenen Fachärzte mit Heimbeatmungskompetenz gibt, die Kapazitäten frei haben, sofern sie beatmungsmedizinische Weiterqualifikationen aufweisen. Die Begründung sollte um diese Facharztgruppen erweitert werden. Um ausreichend qualifiziertes Personal im

Bereich der außerklinischen Intensivpflege sicherzustellen, müssen die Möglichkeiten zur Weiterbildung und Fortbildung für Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte in diesem Bereich unbedingt vereinfacht und finanziell gefördert werden.

Nachdrücklich begrüßt wird, dass die Vertragsärzte vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Weaning-Potenzial erheben und in der Verordnung dokumentieren müssen. Hierbei sei angemerkt, dass aus unserer Sicht das Weaning-Potenzial vom jeweiligen behandelnden Facharzt in regelmäßigen Abständen, aber mindestens mit jeder Verordnung erhoben und dokumentiert werden muss. Mit der Erhebung des Weaning-Potenzials ist das Problem jedoch nicht gelöst. Denn die Bedarfsfeststellung allein sichert noch keinen Weaningplatz. Auch hier weisen wir mit Nachdruck darauf hin, dass es Weaningzentren derzeit weder flächendeckend noch in ausreichender Zahl gibt und viele Betroffene ohne Weaningversuch aus den Intensivstationen zunächst in eine Reha-Einrichtung und dann in die Heimbeatmung entlassen werden. Der Gesetzesentwurf ist an entsprechender Stelle (vgl. Kommentierung zu § 112 SGB V) nachzubessern.

Positiv zu bewerten ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Inhalt und Umfang der Leistungen, die Anforderungen an die Zusammenarbeit der an der Versorgung der beteiligten Leistungserbringer, deren Qualifikation und die Voraussetzungen an die Ausstellung der Verordnung einschließlich des Verfahrens zum Weaning-Potenzial in einer Richtlinie bestimmen soll. Die hierfür vorgesehene Frist bis zum 30. Juni 2020 erachten wir jedoch als zu ambitioniert. Die durch die Richtlinie zu definierenden Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, der den Einbezug von weiteren Kooperationspartnern erfordert, muss ergänzt werden. Konkret zu denken ist hier mindestens an die Einbeziehung der Hausärztin/ des Hausarztes und therapeutischer Angebote wie vor allem Logopäd*innen, Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie der Krankenhäuser und/oder entsprechender spezialisierter Weaning-Einheiten. Auch im Bereich des Weaning müssen die Möglichkeiten von Fort- und Weiterbildung erleichtert und gefördert werden, um ausreichend Personal für die Ausweitung eines erfolgreichen Weanings vorhalten zu können.

§ 37c Absatz 2

Mit der Einführung eines eigenständigen Rechtsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege darf das Wahlrecht der Versicherten auf den Ort der Leistungserbringung nicht – wie in Absatz 2 vorgesehen – auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder ambulante Intensiv-WGs nach § 132i beschränkt sein und nur im Ausnahmefall aufgrund einer Prüfung der Zumutbarkeit in der Häuslichkeit, der Familie oder an anderen geeigneten Orten erfolgen. Insoweit wird sowohl die Neuregelung des § 37 Absatz 2 Satz 3, die dieses Ziel verfolgt, als auch die Fokussierung der Intensivpflege auf den stationären Bereich, wie in § 37c Absatz 2 Satz 1 formuliert, mit Nachdruck abgelehnt. § 37c Absatz 2 ist somit komplett entsprechend der bisherigen Regelung in § 37 Abs. 2 neu zu formulieren.

An dieser Stelle sei grundsätzlich angemerkt, dass das Recht der Sozialversicherung an sich keine Zumutbarkeitsprüfung kennt. Abgesehen davon sind die in § 37c Absatz 2 Satz 3 erwähnten Prüfkriterien der persönlichen, familiären oder örtlichen Umstände so offen formuliert, dass sie den Krankenkassen ein weites Ermessen eröffnen würden. Darüber hinaus ist auch damit zu rechnen, dass es für betroffene Patientinnen und Patienten zu Versorgungsengpässen kommen wird. Es wird aufgrund der hohen Personalbindung im intensiv-pflegerischen Bereich sowie der hohen zusätzlichen Qualitätsanforderungen an die Pflegeeinrichtungen zu wenige Intensivpflege-Plätze in Pflegeheimen geben.

Klar ausgenommen von der Regelung, dass die außerklinische Intensivpflege grundsätzlich in stationären oder quasi-stationären Settings erfolgen soll, sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Diese Altersgrenze entbehrt aus unserer Sicht jeglicher plausiblen Grundlage: Inwiefern haben über 18-jährige Intensivpflegepatientinnen und -patienten kein Recht, weiterhin in ihrer Familie zu leben? Es gibt viele gesunde Jugendliche und junge Erwachsene, die gerne und freiwillig über die Vollendung ihres 18. Lebensjahres hinaus in ihrem vertrauten, meist familiären Wohnumfeld leben wollen. Es ist davon auszugehen, dass dies auf junge Erwachsene, die auf intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind, in noch größerem Umfang zutrifft. Gleiches gilt selbstverständlich für junge Erwachsene, die in ihrer eigenen Wohnung leben möchten. Auch hier darf kein Unterschied im Hinblick auf den Gesundheitsstatus bzw. eine vorliegende Behinderung gemacht werden.

Auch die Streichung der derzeit geltenden Möglichkeit für intensivmedizinisch betreute Kinder und Jugendliche, Kindergärten, Schulen und Ausbildungsstellen zu besuchen, ist aus unserer Sicht ein Eingriff in das Recht auf Teilhabe und Bildung und verstößt gegen jegliche Vorschriften der UN-BRK, des Grundgesetzes sowie der deutschen Sozialgesetzgebung.

Insbesondere auch die gerade erst neu geschaffene Möglichkeit, Intensivpflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe im Sinne des § 43a SGB XI zu gewähren, ist aufrecht zu erhalten. Der insoweit aufgrund des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) mit Wirkung vom 1.1.2017 in § 37 Absatz 2 SGB V neu eingefügte Satz 8 sieht vor, dass Bewohner, deren Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, in der Einrichtung Behandlungspflege erhalten. Klargestellt werden soll mit dieser Vorschrift, dass die Krankenkasse die Behandlungspflege in diesen Fällen immer übernimmt, selbst wenn vertragliche Regelungen oder die Leistungsbeschreibung der Einrichtung dem entgegenstehen sollten.

Diese nach jahrelangem Ringen mit dem Gesetzgeber von den Behindertenverbänden schließlich durchgesetzte Regelung ist von Eltern intensivpflegebedürftiger Kinder mit großer Erleichterung aufgenommen worden, weil sie endlich auch diesem Personenkreis das Wohnen bzw. – im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes - den Verbleib in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe ermöglicht. Aufgrund der nun vorgesehenen Vorschrift in § 37c Abs.

2 SGB V (neu) wäre diese neue Option bereits drei Jahre nach ihrem Inkrafttreten wieder hinfällig. Für die Eltern intensivpflegebedürftiger Kinder, die auf der Suche nach Wohnplätzen in qualifizierten Einrichtungen sind, die ihren Kindern einen geeigneten Wohn- und Lebensort bieten, damit sie – ebenso wie Kinder ohne Behinderung - spätestens im Erwachsenenalter das Elternhaus verlassen können, ist dies ein Schlag ins Gesicht und ein erheblicher Rückschritt gegenüber der derzeitigen Rechtslage.

Der Paritätische begrüßt die Regelungen zur Beschränkung der finanziellen Eigenbelastung, die in den Absätzen 3 und 4 getroffen werden. Die außerklinische Intensivpflege muss als Fallgruppe der häuslichen Krankenpflege - wie im häuslichen Bereich – auch in stationären Settings vollumfänglich aus dem SGB V finanziert werden. Es sei hier angemerkt, dass sich der Paritätische generell dafür einsetzt, dass pflegebedürftige Menschen ihre medizinische Behandlungspflege nicht länger über den Pflegesatz aus eigener Tasche bezahlen müssen. Des Weiteren sollte der Gesetzentwurf regeln, dass bei außerklinischer Intensivpflege auch Unterkunft und Verpflegung ganz von der Krankenkasse übernommen werden und nicht nur, wenn die Satzung der Krankenkasse dies vorsieht. Des Weiteren ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Zuzahlungen für außerklinische Intensivpflege, sofern sie in vollstationären Einrichtungen oder in Wohneinheiten nach § 132i SGB V erfolgt auf die Zuzahlungshöhe begrenzt wird, die für den stationären Bereich gilt, nämlich 280 Euro pro Kalenderjahr.

Änderungsbedarf

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

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 als Ergänzung zu Nr. 6 HKP bis zum **31.12.2020** den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten **einschließlich dafür erforderlicher Kooperationspartner**, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikationen und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials.“

§ 37c Absatz 2 wird wie folgt, neu formuliert:

„Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege **besteht für Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, am Arbeitsplatz, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach §**

43 des Elften Buches erbringen, sowie in einer Versorgungseinheit im Sinne des § 132i Absatz 5 Nummer 1.“

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

§ 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

Absatz 2 Satz 4: Mehrkostentragung

Durch Einfügung der Worte „zur Hälfte“ in Absatz 2 Satz 4 soll neu bestimmt werden, dass Versicherte, die eine andere als die von den Krankenkassen bestimmte zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählen, nur mehr die Hälfte, statt die gesamten Mehrkosten tragen.

Es ist zu begrüßen, dass die Wahlfreiheit der Versicherten durch diese Neuregelung gestärkt wird. Dies ist wichtig, da Problemanzeigen aus der Praxis zeigen, dass das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX durch die Krankenkassen oftmals sehr eng ausgelegt und durch wirtschaftliche Erwägungen limitiert wird. Jedoch bleibt die Regelung auf der Hälfte der Strecke stehen. Die Frage nach der Angemessenheit der Mehrkosten wird in der Praxis weiterhin Streitfälle auslösen.

Auch die Ungleichheit, dass sich einkommensstärkere Rehabilitanden die Inanspruchnahme der Einrichtung ihrer Wahl leisten können, während für einkommensschwächere Rehabilitanden das Wunsch- und Wahlrecht de facto weiter geschwächt ist, bleibt im Grundsatz bestehen.

Änderungsbedarf

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

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

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

Absatz 3: Geriatrische Rehabilitation

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

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

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

So sehr diese Erleichterungen im Grundsatz begrüßt werden, wird aber als problematisch gesehen, dass zwischen der geriatrischen Rehabilitation und „allen anderen Fällen“ unterschieden wird. In der medizinischen Rehabilitation sollten einheitliche Regeln zur Reichweite der Entscheidungen nach § 40 Abs. 3 gegeben sein. Diese Regeln sollten kompatibel sein mit den diesbezüglichen Bestimmungen des SGB IX, sonst droht das Rehabilitationsrecht zu zerfasern. Die für die geriatrische Rehabilitation vorgesehene Regelung, dass im Falle einer vertragsärztlichen Verordnung die medizinische Erforderlichkeit nicht mehr durch die Krankenkasse zu überprüfen ist, sollte analog für den Bereich der medizinischen Rehabilitation gelten.

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

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

Änderungsbedarf

Um die ärztliche Verordnung zu stärken, Zugangshürden zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (und stationären Vorsorge) zu senken, jedoch auch die Kompatibilität mit dem SGB IX zu sichern, schlägt der Paritätische vor, dass die

Beantragung bzw. ärztliche Verordnung von Leistungen zu medizinischer Rehabilitation (und der stationären Vorsorge für Mütter und Väter) dann als vom Rehabilitationsträger als bewilligt gilt, wenn der Rehabilitationsträger nicht innerhalb einer Frist (die mit den Regelungen der §§ 14 ff SGB IX abzugleichen sein wird) begründet widerspricht und seinerseits den Rehabilitationsbedarf durch eine Untersuchung des Versicherten ermittelt.

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

Absatz 3: Dauer der Leistung

Im neuen Satz 6 des Absatzes 3 wird formuliert, dass die Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage oder stationär für drei Wochen erbracht werden. Damit wird wiederum ausschließlich für die geriatrische Rehabilitation eine Sonderregelung geschaffen, die nicht für die anderen Fallkonstellationen der medizinischen Rehabilitation gilt: Aktuell geltender Absatz 3 Satz 4 bestimmt, dass ambulante Rehabilitationsleistungen für längstens 20 Behandlungstage, stationäre für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

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

Änderungsbedarf

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

Absatz 3: Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Durch die Neuregelung in Satz 8 neu Absatz 3 wird für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben die 4-Jahresfrist zur erneuten Bewilligung aufgehoben. Die Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen erfordern einen möglichst flexiblen Rahmen für die Beurteilung, wann welche Leistung notwendig und zielführend ist.

Die Neuregelung wird daher sehr begrüßt. Sie folgt den Neuerungen des „Flexirentengesetzes“ hinsichtlich der Bestimmungen der Kinderrehabilitation (vgl. § 15 a SGB VI Abs. 4).

Vor dem Hintergrund der gesetzlich gegebenen Doppelzuständigkeit von Renten- und Krankenversicherung für die Kinderrehabilitation und zur Sicherstellung eines einheitlichen Leistungsrahmens für die Betroffenen halten wir es darüber hinaus für erforderlich, auch weitere Bestimmungen der Kinderrehabilitation nach § 15 a SGB VI in das SGB V zu harmonisieren; zu denken ist an die Altersgrenze von 27 Jahren oder die Mindestdauer der Leistungen.

Absatz 3: Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands zur geriatrischen Rehabilitation

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

Weiterer Änderungsbedarf:

Um das Potential rehabilitativer Maßnahmen in der Versorgungsrealität zu stärken ist es unbedingt erforderlich, dass das Angebot im Bereich der mobilen Rehabilitation ausgeweitet wird.

§ 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.

Der Paritätische setzt sich seit Jahren für eine Anerkennung der Tarifbindung einschließlich der Anerkennung der Tarifsteigerungen in den verschiedenen Leistungsbereichen ein. Diese ist grundlegend, um eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation weiterhin zu sichern. Einrichtungen, die der Tarifbindung unterliegen, dürfen keine Wettbewerbsnachteile gegenüber kostengünstigeren Einrichtungen erleiden, die ihr Personal nicht tariflich entlohnen.

Von daher wird die Lösung von der Grundlohnsummenbindung mit Aufhebung des „Vergütungs-Deckels“ des § 71 sehr begrüßt.

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

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

§ 111 SGB V: Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Ein neuer Absatz 7 bestimmt, dass die Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer und der GKV-Spitzenverband verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge für die Erbringung stationärer Vorsorge- und Rehabilitations- Leistungen vereinbaren. Die Schiedsstelle nach § 111b Abs. 6 kann angerufen werden.

Diese Stärkung der Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern wird sehr begrüßt. Ein seit langem vorgetragenes Anliegen auch des Paritätischen wird auf diese Weise aufgegriffen. Geantwortet wird damit auch auf das Problem, dass Vergütung einerseits und erwartete Leistungserbringung andererseits in den letzten Jahren deutlich auseinander laufen, aber bislang auf Bundesebene Vergütungsfragen nicht verhandelt werden. In Absatz 7 Satz 1 ist jedoch zu präzisieren, welche „maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ für die Verhandlungen gemeint sind.

Änderungsbedarf

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

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

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

Die Bestimmungen des § 111 Abs. 7 gelten auch für diesen Leistungsbereich.

Dies wird ausdrücklich begrüßt.

§ 111b SGB V: Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass für die verbindlichen Bundesrahmenempfehlungen eine Schiedsstellenregelung geschaffen wird.

Auch hier müsste ergänzt werden „....**und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation maßgeblichen....**“.

Wie oben zu den Rahmenempfehlungen ausgeführt, geben wir auch für die Schiedsstellenregelung zu bedenken, dass die Rehabilitation betreffende Bestimmungen, die für mehrere Rehabilitationsträger und Verträge mit ihnen bedeutsam sind, in das trägerübergreifende Recht der Rehabilitation (SGB IX) eingeordnet sein sollten.

§ 111c SGB V: Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

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

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Neuregelungen für die stationäre und die ambulante Rehabilitation gelten sollen.

Über die im RISG erörterten Veränderungen hinaus möchte der Paritätische auf weitere Probleme und Nachbesserungsbedarfe zur medizinischen Rehabilitation hinweisen:

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

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

Eine gute medizinische Versorgung der Versicherten im Bereich der Rehabilitation und Vorsorge umfasst auch eine Beratung zur umfassenden Bedarfsklärung sowie nachsorgende Leistungen. Die Beratung im Kontext der stationären medizinischen Rehabilitation und Vorsorge von Müttern und Vätern im Rahmen der Müttergenesung leistet hier einen wichtigen Beitrag zu einer effektiven und nachhaltigen Gesundheitsversorgung für die Versicherten. In den letzten Jahren ist die Beratung auf pflegende Angehörige erweitert worden. Die typischen Gesundheitsprobleme dieser Antragsteller/innen sind geprägt durch eine hohe Relevanz der person- und umweltbedingten Kontextfaktoren, wie beispielsweise familiäre Probleme, sowohl als Bedingungsfaktor des Gesundheitsproblems als auch in Bezug auf Teilhabeeinschränkungen. 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. Wesentlich sind auch die realistische Erwartungs- und therapievorbereitende Zielklärung mit den Versicherten im Vorfeld einer stationären Rehabilitation/Vorsorge sowie nachsorgende Angebote. Die Versicherten können so von einer höheren Effizienz und Nachhaltigkeit profitieren.

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

Die bisher weit überwiegend aus Eigen- und Spendenmitteln der Wohlfahrtsverbände finanzierten Beratungsstellen der Trägerverbände im Müttergenesungswerk sind durch Mittelrückgänge in vielen Ländern und Regionen bedroht. Um diese wichtige Versorgungsstruktur für die Versicherten auch in Zukunft und in allen Regionen abzusichern, weiterhin qualitativ gut auszugestalten sowie auch für die Gruppe der pflegenden Angehörigen und ihren spezifischen Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in Zukunft noch stärker nutzbar zu machen, spricht sich der Paritätische und das Müttergenesungswerk gemeinsam dafür aus, die vor- und nachstationäre Beratung als gesetzliche Leistung zu statuieren.

In den letzten Jahren ist bei allen Beteiligten (Leistungserbringern und Leistungsträgern) das Bewusstsein dafür gewachsen, die Nachhaltigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu stärken. Ausdruck dafür sind auch die

auf Nachsorge bezogenen Bestimmungen des „Flexirentengesetzes“ (§ 17 SGB VI). Auch die Notwendigkeit, pflegenden Angehörigen den Zugang zu Reha-Leistungen zu erleichtern ist unbestritten, davon zeugen die Änderungen durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz.

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

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

Änderungsbedarf

§ 24 Abs. 4 SGB V (neu):

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

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

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

§ 41 Abs. 4 SGB V (neu):

„(4) Um das Ziel der Rehabilitationsleistung zu erreichen oder zu sichern, haben Versicherte Anspruch auf vor- und nachstationäre Beratung und

Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder durch vergleichbare Beratungsstellen.“

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

„(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht; § 41 Abs. 4 gilt entsprechend. (...)“

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

„(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen schließen mit geeigneten Beratungsstellen im Verbund des Müttergenesungswerkes oder mit vergleichbaren Beratungsstellen Verträge über die Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen nach §§ 23 Abs. 4 S. 2, 2. HS, 24 Abs. 4, 40 Abs. 2 S. 2 2. HS und 41 Abs. 4.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Beratungsstellen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und dem Müttergenesungswerk eine Rahmenvereinbarung über Anforderungen an die Leistungserbringer und Inhalte der Leistungen sowie Grundsätze der Vergütung mit dem Ziel einer einheitlichen und flächendeckenden Versorgung. Für die Verträge nach Abs. 1 und 2 gelten die Schiedsstellenregelungen nach § 111 SGB V bzw. SGB IX.“

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

Medizinische Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige

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

Nicht nachvollzogen werden kann, warum die Neuregelung des PPSG und der Verzicht auf die Voraussetzung ambulanter Maßnahmen nur für Leistungen zur

stationären medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 SGB V und nicht auch für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V gelten soll. Mit dem PNG wurde auch in § 23 Absatz 5 SGB V vorgegeben, dass bei der Vorsorge die „besonderen Belange pflegender Angehöriger“ zu berücksichtigen seien.

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

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

Zunächst ein rein formaler Hinweis: Den Paragraphen 132i gibt es bereits im SGB V.

Der Paritätische begrüßt, dass die außerklinische Intensivpflege in einer eigenen Rahmenempfehlung geregelt wird. Insoweit sind die Änderungen in § 132a SGB V folgerichtig. Die Fehlentwicklungen und Qualitätsprobleme, die insbesondere in Intensiv-WGs in den letzten Jahren aufgetreten sind, müssen dringend durch einheitliche Qualitätsstandards und -vorgaben korrigiert werden. Es ist zu begrüßen, dass die Krankenkassen nur noch mit Leistungserbringern, die die Qualitätsvorgaben nach Absatz 2 erfüllen, Versorgungs- und Vergütungsverträge abschließen dürfen (Absatz 5). Dabei ist anzumerken, dass die Intensiv-WGs nicht als „Wohneinheiten“, wie in Absatz 5 Nummer 1, vorgesehen, bezeichnet werden sollten, sondern als „Intensiv-Pflegegemeinschaften“. Zweck der Intensiv-Pflegegemeinschaften ist nicht das Wohnen, sondern die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Diese Argumentation unterstützt auch die gegenwärtige Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit zum Heimrecht. So hat z.B. das VG Düsseldorf entschieden, dass „Einrichtungen, in denen Bewohner wegen ihres Gesundheitszustands auf eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung angewiesen sind und der Pflegedienst eine Vollversorgung gewährleistet, keine „Wohngemeinschaft“, sondern eine „Heim-Einrichtung im Sinne des § 38 WTG-NRW“ darstellen.

Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach § 132i Absatz 2 orientieren sich an den Vorgaben aus § 132a SGB V. Dies ist sachgerecht. Bisher nicht im Referentenentwurf enthalten sind Vorgaben für „Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen“ (vgl. § 132a Absatz 1 Satz 4 Ziffer 6). Dies ist zu ergänzen, um klare Vorgaben insbesondere für die Anerkennung tariflich vereinbarter Vergütungen einschließlich entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbaren zu können.

Die Schiedsstellenregelung erachten wir überwiegend als sachgerecht. Nicht hinnehmbar ist, dass bei der Zusammensetzung der Schiedsstelle neben dem

unparteiischen Vorsitzenden nur ein weiteres unparteiisches Mitglied hinzuziehen ist. Um zu einer Stimmenmehrheit zu gelangen, bedarf es, wie sonst auch üblich, zweier weiterer unparteiischer Mitglieder. Da Absatz 4 die genaue Anzahl der Stellvertreter bestimmt und somit die Zahl der Mitglieder der Schiedsstelle vom Gesetzgeber vorgesehen wird, ist zudem völlig unklar, warum eine Rechtsverordnung des BMG das Nähere über die „Zahl“ der Mitglieder bestimmen sollte, denn diese sind durch den Gesetzentwurf exakt festgelegt. Ebenso unüblich ist, dass die Entscheidungen der Schiedsstelle mit 2/3-Mehrheit getroffen werden soll. Der Referentenentwurf weist an dieser Stelle auch einen Fehler auf. Satz 11 verweist bezüglich der Geschäftsordnung, die sich die Schiedsstelle geben soll, auf die Schiedsregelung zu den Rahmenverträgen über die Arzneimittelversorgung, nämlich auf § 129 Absatz 9 und 10. In Absatz 9 des § 129 Satz 3 ist jedoch geregelt, dass die Entscheidungen der Schiedsstelle mit der Mehrheit der Mitglieder zu treffen sind, mithin nicht mit einer Zweidrittel-Mehrheit. Diese Regelung sollte auch in § 132i übernommen werden und im Gesetzestext ohne Verweis auf die Rahmenempfehlung zur Arzneimittelversorgung aufgenommen werden.

Wie zu Absatz 2 schon erwähnt, fehlt es im vorliegenden Referentenentwurf an Vorgaben für die Vergütungsstrukturen. Analog zu § 132a Absatz 4 Sätze 5 bis 7 muss festgelegt werden, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann und insoweit die Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V nicht gilt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass die meisten Intensiv-Pflegegemeinschaften von Anbietern privater Pflegedienste betrieben werden, die keine Tarifbindung kennen, unabdingbar, um die künftigen Einrichtungen von tarifgebundenen Anbietern wie der Freien Wohlfahrtspflege wirtschaftlich betreiben zu können.

Zu begrüßen ist, dass die Leistungserbringer nach § 132i Absatz 6 für die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege Kooperationsvereinbarungen mit entsprechend spezialisierten Fachärzten sowie therapeutischen Leistungserbringern, insbesondere Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten zu schließen oder aber diese Versorgung mit eigenem Personal sicherzustellen haben.

Änderungsbedarf

Der Paragraf „§ 132i Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege“ ist in „§ **132j** Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege“ zu ändern.

In Absatz 2 ist folgende Ziffer 6 zu ergänzen:

„Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen“

Die Schiedsstellenregelung in Absatz 4 ist wie folgt abzuändern:

In Satz 2 werden die Wörter „und einem weiteren unparteiischen Mitglied“ durch die Wörter **„und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern“** ersetzt.

In Satz 5 werden die Wörter „Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder“ ersetzt durch **„Mehrheit der Stimmen ihrer Mitglieder“**.

In Satz 10 werden die Wörter „über die Zahl“ ersatzlos gestrichen.

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

„Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht.“

Darüber hinaus sieht der Paritätische seit langen dringenden Handlungsbedarf bei der Assistenz im Krankenhaus oder bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme für Menschen mit Behinderungen.

Bisher können nur diejenigen Menschen mit Behinderungen, die ihre Persönliche Assistenz im Arbeitgebermodell organisieren, ihre Assistenz ins Krankenhaus oder bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme mitnehmen. Für Menschen mit Behinderungen, die Assistenz als Sachleistung durch einen ambulanten Dienst oder eine andere Einrichtung erhalten, besteht diese Möglichkeit nicht.

Der Paritätische fordert daher, dass diese Benachteiligung abgeschafft wird. § 11 Absatz 3 SGB V ist dahingehend zu ändern, dass sich die Finanzierung der Assistenz nicht nur auf das Arbeitgeber*innen-Modell beschränkt.

Berlin, den 6. September 2019

Der Paritätische Gesamtverband

Kontakt:

Anne Linneweber (altenhilfe@paritaet.org)

Verena Holtz (gesundheit@paritaet.org)