

Stand: 11.06.2020

**Stellungnahme zum
Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und
medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege-
und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPREG)**

A. Vorbemerkung

Mit dem vorgelegten Entwurf eines Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes wird u.a. das Ziel verfolgt, 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 in medizinischer Hinsicht verbindlich. Ein schnellerer Zugang zu bedarfsgerechten Reha-Maßnahmen für Patientinnen und Patienten kann damit gewährleistet werden. Wichtig wäre, dass der schnelle und unbürokratische Zugang für alle Rehabilitationsverordnungen geregelt wird. Auch sollten medizinisch indizierte Verlängerungen der Reha-Maßnahmen nicht durch bürokratische Hürden verhindert werden. Der Wegfall des Genehmigungsvorbehalts medizinisch notwendiger Verlängerungen ist deshalb dringend erforderlich. Im Zusammenhang mit der Corona-Epidemie wurden bereits befristete Empfehlungen zur Direkteinleitung von Anschlussrehabilitationsleistungen von den Krankenkassen und GKV-Spitzenverband beschlossen. Diese sind bürokratiemindernd und haben sich bewährt, sodass sie auch langfristig beibehalten werden sollten. Im Sinne des Patientenrechts auf Information und Transparenz begrüßen wir zudem die gesetzlich verankerte Information der Leistungsentscheidung und zu begründende Abweichungen an die Patienten und die verordnenden Ärzte.

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 gewährleistet eine sachgerechte Weiterentwicklung und Gestaltung der rehabilitativen Rahmenbedingungen.

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 von den Krankenkassen zu übernehmen 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 Unbestimmtheiten, die zu Intransparenz und Interpretationsmöglichkeiten führen. Welches Wunsch- und Wahlrecht ist berechtigt? Ist die von der Krankenkasse genannte Referenzklinik tatsächlich im Einzelfall die bestgeeignete oder einfach nur die günstigste Einrichtung, 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 mit Verweis auf die Solidargemeinschaft abgelehnt. 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, was in der Folge zu unnötig längeren Krankenhausaufenthalten führt. Die Versicherten werden von den Krankenkassen immer in die günstigste Rehabilitationseinrichtung gesteuert, auch wenn

diese mehrere hundert Kilometer vom Wohnort entfernt liegen. In der Krankenversicherung wünschen sich aber gerade ältere, multimorbide Patienten eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung, um von ihren Angehörigen besucht werden zu können. Gerade in Zeiten der coronabedingten Kontaktbeschränkungen hat sich gezeigt, welches seelische Leid gerade bei älteren Menschen die fehlenden Besuchsmöglichkeiten verursachen. Die Durchsetzung des Wunsch- und Wahlrechts von finanziellen Anforderungen abhängig zu machen, ist sozial ungerecht. Insofern muss jede geeignete Klinik mit Versorgungsvertrag ohne Mehrkostentragung gewählt werden können.

Solange die Krankenkasse allein über die Belegung der Einrichtung entscheidet, unterliegen Rehabilitationseinrichtungen dem Zwang, 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 von den Krankenkassen zu übernehmen sind. ...“

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 sowie die Überprüfung eines medizinisch indizierten Verlängerungsantrags 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 Überprüfung durch die Krankenkassen entfallen und nicht nur für eine bestimmte Indikation der Rehabilitation.

Wichtig ist, dass die generelle Überprüfung der Erforderlichkeit entfällt, denn es gibt zahlreiche Bescheide der Krankenkassen, in denen die Rehabilitationsfähigkeit abgesprochen wird, obwohl der behandelnde Arzt die Reha-Bedürftigkeit, -Fähigkeit und Prognose festgestellt hatte. Es muss klargestellt sein, dass die Krankenkasse nur noch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen kann.

Ein schneller Zugang zur Rehabilitation ist insbesondere auch bei Leistungen der Anschlussrehabilitation wichtig. Hierfür ist vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien festlegt, in welchen Fällen Anschlussrehabilitation erbracht werden können. Durch den Wegfall der Überprüfung durch die Krankenkassen kann Verwaltungsaufwand verringert und ein schneller Zugang gewährleistet werden. Sichergestellt werden muss, dass diese Regelung auch umgesetzt wird und nicht von den Krankenkassen im Gemeinsamen Ausschuss blockiert wird. Zu bedenken ist, dass im Gemeinsamen Ausschuss die Verbände der Reha-Leistungserbringer offiziell nicht vertreten sind. Im Zusammenhang mit der Corona-Epidemie wurden bereits befristete Empfehlungen zur Direkteinleitung von Anschlussrehabilitationsleistungen von den Krankenkassen und GKV-Spitzenverband beschlossen. Diese haben sich bewährt und sollten auch langfristig beibehalten 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 sowie ein medizinisch indizierter Verlängerungsantrag der Maßnahme** 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, die der Verordnung bei der Übermittlung an die Krankenkasse beizufügen sind. **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 sowie von medizinisch indizierten Verlängerungsanträgen kann die Krankenkasse hinsichtlich der **medizinischen** Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen, die den Versicherten, und mit deren Zustimmung auch den verordnenden Ärzten, zur Verfügung gestellt wird. Die Krankenkasse teilt den Versicherten und den verordnenden Ärzten ihre Entscheidung in schriftlicher oder elektronischer Form mit und begründet Abweichungen von der Verordnung. **Wird ausgeführt, dass eine Rehabilitationsmaßnahme bzw. eine Verlängerung der Maßnahme nicht notwendig sind, sondern andere Leistungen ausreichend sind, sind diese von der Krankenkasse unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit und Zumutbarkeit aufzuzeigen und einzuleiten.** Mit Einwilligung der Versicherten übermittelt die Krankenkasse ihre Entscheidung schriftlich oder elektronisch den Angehörigen und Vertrauenspersonen der

Versicherten sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die die Versicherten versorgen. Im Rahmen der Verordnung informieren die Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit einer Einwilligung nach Satz 5, fragen die Versicherten, ob diese in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an weitere Personen und Einrichtungen nach Satz 5 einwilligen, und teilen der Krankenkasse anschließend mit, ob und für welche Empfänger eine Einwilligung erteilt wurde. Die Aufgaben der Krankenkasse als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch bleiben von den Sätzen 1 bis 3 unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2, 2. Halbsatz und **legt den Indikationskatalog für die Anschlussrehabilitation nach Absatz 6 Satz 1 fest, wonach die Leistungen** ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden **können**. ...“

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 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.“

3. 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

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. Aufgrund der besonderen Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter sollte auch für diese Maßnahmen die Vier-Jahres-Frist entfallen.

Änderungsvorschlag

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

„§ 40 Abs. 2 **Satz 2 bis 6** gilt entsprechend.“

Formulierungsvorschlag § 41 Absatz 2 SGB V

„§ 40 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend. **§ 40 Absatz 3 gilt mit der Maßgabe, dass die 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. § 40 Abs. 3 Satz 16 gilt nicht.**“

Formulierungsvorschlag § 24 Abs. 2 SGB V

„§ 23 Abs. 5 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die 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. 11 c), § 111 Abs. 5 und 7 SGB V

Sachstand

Neu geregelt wird, dass für Versorgungs- und Vergütungsverträgen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen das Nähere zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen festlegen.

Bewertung

Die Schaffung von Rahmenempfehlungen als Grundlage für die Versorgungs- und Vergütungsverträge zwischen den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenkassen ist dringend erforderlich, da die Krankenkassen bei den derzeitigen gesetzlichen Regelungen in den Verhandlungen eine Übermacht gegenüber den Rehabilitationseinrichtungen haben. Wichtig ist, dass im Gesetz definiert wird, dass eine leistungsgerechte Vergütung die Berücksichtigung der Personal-, Sach- und Investitionskosten sowie ein Unternehmerrisiko berücksichtigen muss.

Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag § 111 Abs. 5 Satz 1 SGB V

„(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen **müssen leistungsgerecht sein und dabei Personal-, Sach- und Investitionskosten sowie das Unternehmerrisiko angemessen berücksichtigen; sie** werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.“

§ 111c Abs. 3 Satz 1 SGB V ist entsprechend zu ändern.

III. Elektronischer Datenaustausch

Art. 1 Nr. 19, § 303 Abs. 3 Satz 1 SGB V

Sachstand

Wenn Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten haben, sollen zukünftig die Krankenkassen die Nacherfassung der Daten in Form einer pauschalen Rechnungskürzung von bis zu 5 Prozent des Rechnungsbetrages den Leistungserbringern in Rechnung stellen.

Bewertung

Der Rahmenvertrag über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der gesetzlichen Rentenversicherung vom 06.03.2012 in der Fassung vom 09.10.2019 sieht eine endgültige Umsetzungspflicht des elektronischen Datenaustausches für den 01.07.2021 vor. Weder alle Rehabilitationseinrichtungen noch alle Krankenkassen sind derzeit in der Lage am elektronischen Datenaustausch teilzunehmen.

Die Regelung zur pauschalen Rechnungskürzung für nicht maschinell verwertbare Datenübermittlungen gilt bisher nur für den elektronischen Datenaustausch mit Krankenhäusern. Trotz dieser gesetzlichen Regelung wollten Krankenkassen diese Regelung bereits auf Rehabilitationseinrichtungen anwenden, obwohl mit den Rehabilitationseinrichtungen der elektronische Datenaustausch auf Grundlage des gemeinsamen Rahmenvertrags noch gar nicht umgesetzt ist. Es ist sicherzustellen, dass eine Anwendung des neuen § 303 Abs. 3 SGB V erst angewandt wird, wenn das Verfahren zur Umsetzung des elektronischen Datenaustauschs abgeschlossen ist. Zudem sollten Strafzahlungen auch für Krankenkassen fällig werden, wenn diese Daten nicht annehmen (können) und dies zu vertreten haben.

Änderungsvorschlag

§ 303 Abs. 3 Satz 1 SGB V neu tritt erst zum 01.07.2021 in Kraft. Krankenkassen müssen ebenfalls verpflichtet werden Strafzahlungen zu leisten, wenn sie maschinell verwertbare Daten nicht annehmen und dies zu vertreten haben.

C. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Gleichstellung der ambulanten Rehabilitation, § 107 Abs. 2 SGB V

Sachstand

Gemäß § 107 Abs. 2 SGB V sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des Gesetzbuchs nur stationäre Einrichtungen. Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fallen nicht unter die Legaldefinition.

Bewertung

Es gibt keinen sachlichen Grund, warum Einrichtungen, die ausschließlich ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen erbringen, nicht unter den Begriff der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Sinne des SGB V fallen sollten. Durch die Beschränkung auf stationäre Einrichtungen erfahren die ambulanten Einrichtungen Nachteile beispielsweise bei Apothekenversorgungsverträgen und Bau- und Finanzierungsfragen.

Änderungsvorschlag

§ 107 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der ~~stationären~~ Behandlung der Patienten dienen, um ...“

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

Sachstand

Derzeit schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge 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 Mitgliedskassen 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 V.

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.

Änderungsvorschläge

1. § 111 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ~~ihre Mitgliedskassen~~ **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.“~~

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

III. 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 über 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 ebenfalls 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:

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

Alternativ sollte § 3 und Anlage 7, § 7 Abs. 1 und 2 PflBG wie folgt geändert werden:

Wir schlagen vor, die Pflichteinsätze im ersten und zweiten Ausbildungsdrittel in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen in Höhe von je 400 Stunden um je 40 Stunden zu kürzen und diese 120 Stunden für einen verpflichtenden Einsatz in Rehabilitationseinrichtungen vorzusehen.

Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung

Erstes und zweites Ausbildungsdrittel

I. Orientierungseinsatz

	Flexibel gestaltbarer Einsatz zu Beginn der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.
II. Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen		
1.	Stationäre Akutpflege	400 360 Std.
2.	Stationäre Langzeitpflege	400 360 Std.
3.	Ambulante Akut-/Langzeitpflege	400 360 Std.
III. Pflichteinsatz Pflichteinsätze in der pädiatrischen und rehabilitativen Versorgung		
	Pädiatrische Versorgung	120 Std.
	Rehabilitative Versorgung	120 Std.
Summe erstes und zweites Ausbildungsdrittel		1720 Std.