

# Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)155(16)**  
gel. VB zur öAnh am 17.6.2020 -  
GKV-IPReG  
11.6.2020

## Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

11.06.2020

### 1. Einordnung

Der Gesetzesentwurf zielt auf eine Abänderung der bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen im Kontext von Rehabilitation und Intensivpflege ab. Zu den Entwurfs-vorschlägen im Reha-Kontext zählt die Beschleunigung des per ärztlicher Verordnung ermöglichten Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation und die Reduktion der durch die Versicherten zu tragenden Mehrkosten im Falle der Entscheidung für einer Rehabilitationseinrichtung auf Grundlage eigener Präferenzen. Ebenfalls vorgesehen ist die Schaffung einer einheitlichen und verbindlichen Vorgabe für Versorgungs- und Vergütungsverträge, die Krankenkassen und Leistungserbringer zur Verabschiedung entsprechender Rahmenempfehlungen auf Bundesebene bei gleichzeitiger Schaffung einer schiedsgerichtlichen Verfahrensinstanz verpflichten soll. Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen in Reha- Einrichtungen sollen nicht mehr gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen.

Darüber hinaus werden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege überführt. Die Leistung bedarf künftig der Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärzte und wird an besondere Voraussetzungen geknüpft. Das Erbringen dieser Leistungen soll sowohl in speziell darauf ausgerichteten Intensivpflege-Wohneinheiten, in vollstationären Pflegeeinrichtungen als auch in der eigenen Häuslichkeit oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort erfolgen. Dazu sollen die zugrunde gelegten Qualitätskriterien verschärft und auf Ebene von Bundesrahmenempfehlungen verankert werden. Qualitätsüberprüfungen im Rahmen unangekündigten Kontrollen werden künftig ermöglicht, während die durch die Versicherten aufzubringenden Eigenanteile bei einer Unterbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen reduziert werden sollen. Ebenfalls soll eine Stärkung der Beatmungsent-

Deutscher Gewerkschaftsbund  
Bundesvorstand  
Abteilung Sozialpolitik  
Henriette-Herz-Platz 2  
D - 10178 Berlin  
[www.dgb.de](http://www.dgb.de)

**Marco Frank**  
Referatsleiter Pflegepolitik

[marco.frank@dgb.de](mailto:marco.frank@dgb.de)

Telefon: +49 30 – 24060-289  
Telefax: +49 30 – 24060-226

**Robert Spiller**  
Referatsleiter Gesundheitspolitik  
Europäische Arbeitsmarkt- und  
Sozialpolitik

[robert.spiller@dgb.de](mailto:robert.spiller@dgb.de)

Telefon: +49 30 - 24060-311  
Telefax: +49 30 - 24060-226



wöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung in Verbindung mit einer verbesserten Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse im Kontext von Beatmungsversorgungen erreicht werden. Um dies ebenfalls auf der Krankenhausseite zu forcieren, sollen positive wie auch negative Sanktionen eingeführt werden.

Für den Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften sind die Gewährleistung größtmöglicher Versorgungsqualität in Verbindung mit einer Ausgestaltung der Versorgungsleistungen an den Bedarfen der Versicherten und der Solidargemeinschaft GKV zentrale Prämissen möglicher Versorgungsreformen. Der Gesetzesentwurf wird diesen Erfordernissen grundsätzlich dort gerecht, wo er die Perspektive der Versicherten und Rehabilitanden primär in den Blick nimmt – dies ist insbesondere bei der angestrebten Befreiung der Versicherten von der Zuzahlungspflicht im Falle der Ausübung des Wunschrechts zur Leistungserbringung sowie bei der strukturellen Stärkung der Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen ambulanter und stationärer Behandlung von Personen in intensivpflegerischer Versorgung der Fall. Diese Ansätze sind zu begrüßen.

Gleichzeitig stützen sich mehrere Zielsetzungen des Gesetzesentwurfs auf eine spezifische, nicht an der Lebensrealität der Versicherten orientierte Lesart von Rehabilitations- und Pflegebedarfen, was sich in der einseitigen Ausgestaltung der beabsichtigten Änderungen von Leistungsansprüchen niederschlägt. Dies ist für die betroffenen Versicherten unmittelbar nachteilig. So fließen zahlreiche bereits kodifizierte Grundsätze, die eine erfolgreiche Rehabilitation nach allgemein anerkannten Maßstäben erst ermöglichen, nicht in die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs ein. Weder die durch das SGB IX konstituierte Förderung einer selbstbestimmten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der für eine solche notwendigen Bestandteile von Rehabilitationskonzepten noch die Berücksichtigung der UN-Behindertenkonvention und die ihr zugrunde liegenden Normen und Anforderungen werden gebührend berücksichtigt. Rehabilitation wird dadurch tendenziell vermittelt als Wiederherstellung von Körperfunktionen und (Wieder-)Befähigung zur Aktivitätsausübung, aber nicht als umfassendes Konzept zur langfristigen Teilhabe und Reintegrationsförderung, das die Vermeidung von Benachteiligungen auf allen Ebenen konsequent umsetzt.

Ebenfalls wird mit dem Ansatz zur Reform der intensivpflegerischen Versorgung nicht eindeutig der erforderlichen Weiterentwicklung von Leistungsinhalten zur Förderung der Teilhabe am Leben der Gesellschaft entsprochen. Der DGB fordert daher dringend Nachbesserungen, die eine Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung an den Bedarfen der Versicherten, an bestehenden Versorgungsrealitäten und an allgemein anerkannten Rehabilitations- und Teilhabegrundsätzen ausrichtet.



## 2. Intensivpflegerische Versorgung

Mit dem Gesetzesentwurf sollen die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch überführt werden. Die Leistung bedarf dann der Verordnung durch einen Vertragsarzt, der für die Versorgung der Versicherten besonders qualifiziert ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege beinhaltet u.a. auch eine Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts. Dieser kann sowohl in speziell ausgerichteten Intensivpflege-Wohneinheiten, vollstationären Pflegeeinrichtungen als auch in der eigenen Häuslichkeit bzw. der der Familie – oder an einem sonst geeigneten Ort erfolgen. Dabei soll dem Versicherten die volle Wahlfreiheit gewährt werden, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände sind dabei zu berücksichtigen. Eine jährliche Prüfung erfolgt durch den medizinischen Dienst.

Der DGB setzt sich für eine gute und qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten ein. Wichtig ist, dass die zu erbringenden Leistungen bedarfsgerecht erbracht werden. Keinesfalls darf es bei der Wahl der Unterbringung rein um Kostengesichtspunkte gehen, was die Argumentation des Gesetzgebers in Sachen Fehlentwicklungen der letzten Jahre bezüglich der Qualität der Versorgung einerseits und massiv steigenden Kosten andererseits, nahelegt. Auch der Hinweis, „...dass die stationäre Versorgungsform, die grundsätzlich einen effizienten Einsatz des vorhandenen Pflegepersonals ermöglicht, gestärkt werden soll“, lässt diesen Schluss zu.

Im Hinblick auf gute Versorgungs- und Teilhabeaspekte darf nicht der Eindruck erweckt werden, dass die Prüfung durch den MD nur zu einer Anschlussbefristung der häuslichen Versorgung führen wird, die sich Jahr für Jahr wiederholt. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass den Versicherten eine verlässliche Lebensperspektive ermöglicht wird, die durch eine verbindliche und dauerhafte Leistungszusage zu gewährleisten ist. Ziel der MD-Prüfungen muss es somit sein, durch Beratung und Unterstützung die Qualität der Versorgung auch zu Hause sicherzustellen, bzw. Fehlentwicklungen zu korrigieren, nicht möglichst schnell in stationäre Einrichtungen einzuweisen.

Aus Sicht des DGB ist es zu begrüßen, dass die Frage der Qualität über gemeinsame Rahmenbedingungen zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege ebenfalls neu geregelt werden soll. Darin müssen u.a. die personellen Anforderungen im Hinblick auf die quantitativen und qualitativen Personalbedarfe Berücksichtigung finden.

Von großer Bedeutung sind insbesondere die Regelungen, nach denen die Leistungserbringer künftig Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Fachärzten schlie-



Ben müssen, um die ärztliche Überwachung und Dokumentation z.B. der notwendigen Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sicherstellen zu können.

Gerade um die selbständige Atmung so schnell wie möglich wieder zu erlangen, ist es notwendig, eine bedarfsgerechte rehabilitative Versorgung der Versicherten mit Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie durch Kooperationsvereinbarungen oder mit eigenem Personal sicherzustellen und darüber hinaus auch ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen.

## **2.1 Ambulante Versorgung**

Die Frage, ob die Versorgung von Beatmungspatienten nicht auch ambulant, z.B. in der eigenen Häuslichkeit erbracht werden kann, spielt für alle Patientinnen und Patienten eine große persönliche Rolle. Für den DGB ist es zwingend notwendig, bei der Entscheidung über die Zumutbarkeit auch persönliche, familiäre und örtliche Umstände angemessen zu berücksichtigen, wie sie insbesondere bei der Versorgung von Kindern bereits vorgesehen sind. Dabei sind persönliche Härten zu vermeiden. Das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben muss gewährleistet sein. Positiv ist zu bewerten, dass die durch die Versicherten aufzubringenden erheblichen Eigenanteile bei einer Unterbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen reduziert werden sollen. Die finanziellen Belastungen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung dürfen dabei grundsätzlich nicht höher sein als bei ambulanter Versorgung.

## **2.2 Entlassmanagement für Beatmungspatienten**

Der Gesetzesentwurf sieht weiter vor, dass vor Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten deren Beatmungsstatus durch einen hierfür qualifizierten Facharzt festgestellt werden muss. Bei Nichteinhaltung drohen den Krankenhäusern Abschläge bei der Abrechnung der Leistungen. Gleichzeitig wird die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung gestärkt, indem die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte verbessert werden soll.

Der DGB begrüßt die geplanten Regelungen, da sie sowohl positive als auch negative Sanktionen für eine verbesserte medizinische Versorgung der Patienten impliziert. Damit wird der Versorgungsauftrag zum Wohle der Patienten weiter gestärkt.



### **3. Medizinische Rehabilitation**

#### **3.1 Rehabilitationsrecht und Aufgabenumfang medizinischer Reha**

Der DGB erkennt in der Zielsetzung des Gesetzesentwurfs eine Abweichung vom im SGB IX verankerten Grundsatz, dass rehabilitationsbedürftige, behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers die für sie individuell erforderlichen Rehabilitationsleistungen nach einheitlichem Maßstab erhalten sollen. Dies gilt sowohl für Gegenstand, Art, Qualität und Umfang der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 25 Abs. 1 Nr. 1, 37 SGB IX). Diese durch den Gesetzgeber bewusst konzipierte einheitliche Ausgestaltung des Teilhabe- und Rehabilitationsrechts soll eine Benachteiligung rehabilitationsbedürftiger Menschen durch den versäulten Charakter des Sozialleistungssystem, etwa durch eine trägerspezifische und voneinander abweichende Rehabilitationsdefinition, vermeiden. § 42 SGB IX gibt daher eine abschließende Definition medizinischer Rehabilitation und der zugehörigen Rehabilitationsleistungen vor, die nach § 7 Abs. 1 Satz 1 SGB IX auch eine unmittelbare Wirkung für den Bereich der GKV entfalten. Flankiert wird dies durch die geltende Bestimmung, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB V unter Beachtung des SGB IX zu erbringen sind. Dieses stellt unmissverständlich klar, dass es sich bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 5 Nr. 1 SGB IX um Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben handelt, die zur Erreichung der Teilhabeziele des § 4 Abs. 1 SGB IX erbracht werden.

Diese bisher gültige Einheitlichkeit wird durch den Gesetzesentwurf ohne Not aufgebrochen, in dem ein trägerspezifisches Rehabilitationsrecht etabliert werden soll, dass das SGB IX von seiner einheitlichen, trägerübergreifenden Definitionswirkung entbindet. Davon ausgehend findet eine Verschiebung der Aufgabenzuordnung für die künftige medizinische Rehabilitation in der GKV statt, die, statt wie bisher auf die Förderung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und auf die Vermeidung von Benachteiligungen im Sinne des § 1 SGB IX abzustellen, sich nun vornehmlich auf die Beeinflussung und Wiederherstellung von Körperfunktionen sowie der daran anschließenden, begrenzte Aktivitäten und Ziele („Zurechtfinden“) im Kontext der Alltagsbewältigung bezieht. Dies stellt einen inhaltlichen Rückschritt gegenüber dem geltenden Status quo dar, welcher sich sowohl die Berücksichtigung der in der UN-Behindertenrechtskonvention verankerten vollumfänglichen Verpflichtung der Mitgliedsstaaten zum Ergreifen aller wirksamen und geeigneten Maßnahmen zur Befähigung von Menschen mit Behinderungen zur vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft (Art. 3, B. c UN-Behindertenrechtskonvention) auszeichnet. Verwirklicht wird dieser Grundsatz gegenwärtig umfassend durch den Rechtsan-



spruch des § 11 Abs. 2 SGB V und der sich hieraus ergebenden Zielsetzung medizinischer Rehabilitation. Durch die nun vorgesehene Verknappung der künftigen Aufgabenstellung der medizinischen Rehabilitation würde nicht nur eine Absenkung des Leistungsniveaus unterhalb der Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention entstehen, sondern zugleich die Frage impliziert werden, welche Träger überhaupt die entstehende Lücke schließen bzw. ihren Leistungsauftrag entsprechend ausweiten können, um ersatzweise eine Rehabilitation mit gleichbleibend hoher Zielsetzung zu gewährleisten. Da die medizinische Rehabilitation entsprechend § 11 SGB V den bisher umfangreichsten Rehabilitationsauftrag innehat, wäre für alle übrigen Reha-Träger entweder eine Aufgabenausweitung zur Kompensation oder die Inkaufnahme des dauerhaften Unterschreitens der Ziele der UN Behindertenrechtskonvention die unmittelbare Folge einer Umsetzung des Gesetzesentwurfs. Aus diesen Gründen lehnt der DGB die Idee einer Schaffung trägerspezifischer, nicht mehr den Maximen des SGB IX untergeordneter Rehabilitationsansprüche ab.

### **3.2 Erheben von Leistungsansprüchen und Feststellen von Rehabilitationsbedarfen**

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Entstehung von Ansprüchen auf Rehabilitationsleistungen künftig an das Stellen einer spezifischen Indikation im Sinne eines bestimmten Krankheitsbildes durch einen Vertragsarzt gekoppelt ist. Damit ändert sich voraussichtlich die bisher geltende Anspruchsvoraussetzung des SGB IX dahingehend, dass statt einer Beeinträchtigung der Teilhabemöglichkeit am gesellschaftlichen Leben oder einer Feststellung, dass herkömmliche Krankenbehandlungsmaßnahmen nach SGB V zur Wiederherstellung nicht ausreichend für eine gelingende Teilhabe sind, künftig eine notwendige medizinische Indikation tritt.

Der DGB hält es für geboten, dass ein erleichterter Zugang der Versicherten zu Rehabilitationsmaßnahmen die oberste Prämisse bei jeder Änderung bestehender Regelungen zur Antragsstellung und -Gewährung ist. Aus diesem Grund kann er die Zielsetzung nachvollziehen, Rehabilitationsmaßnahmen künftig auch vertragsärztlich verordnen zu können- dies allerdings unter der Voraussetzung, dass die hierfür veranschlagten Bewertungsmaßstäbe nicht nur medizinische Indikationen und Kriterien berücksichtigen, sondern auch zuvor definierte Qualitätsanforderungen beinhalten, mit denen eine drohende oder tatsächliche Einschränkung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in die Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs als gleichwertiges Kriterium mit einfließen.

Der DGB hält es darüber hinaus für erforderlich, die künftige ärztliche Verordnung von Reha-Maßnahmen nicht als Ersatz, sondern allenfalls als Ergänzung zum bisher bestehenden Recht der Versicherten, Reha-Leistungen eigenständig zu beantragen,



festzuschreiben. Die Chancen eines verbesserten Zugangs zu Reha-Leistungen ergeben sich vor diesem Hintergrund nur, wenn den Versicherten nicht der selbstbestimmte Weg zur Beantragung von Reha-Leistungen genommen wird. Im Verhältnis zwischen beiden möglichen Antragswegen fällt der selbstbestimmten und eigenständigen Antragstellung auf Rehabilitation durch die Versicherten sowohl das größere Gewicht im Sinne eines Kerngedankens des SGB IX als auch die größere Bedeutung im Sinne des eigenen Erkennens drohender oder tatsächlicher Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu. Insofern ist im Gesetzesentwurf klarzustellen, dass beide Antragswege einander nicht ausschließen oder ersetzen und dass eine Antragsbewilligung durch den Rehabilitationsträger keinesfalls vom Vorliegen einer medizinischen Indikation durch einen Vertragsarzt abhängig gemacht werden darf.

Dazu schlägt der DGB vor, § 40 Abs. 3 SGB V nach Satz 1 wie folgt zu ergänzen:

*„Eine vertragsärztlich verordnete Rehabilitationsleistung nach Abs. 1 und 2 wird anhand einer vorherigen Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs gestellt, die die Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 Absatz 1 Satz 2 SGB IX gleichwertig berücksichtigt. Unberührt von der Möglichkeit einer vertragsärztlichen Verordnung bleibt das vorrangige Recht der Versicherten, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unmittelbar selbst zu beantragen.*

*Zur Gewährung des eigenständig durch die Versicherten gestellten Antrags auf Rehabilitationsmaßnahmen bleibt der Rehabilitationsträger nach den geltenden Maßstäben des SGB IX verpflichtet.*

*Es ist ausgeschlossen, dass durch den Versicherten beantragte Rehabilitationsmaßnahmen durch den Rehabilitationsträger versagt werden können aufgrund des Fehlens einer Indikation und / oder einer vertragsärztlichen Verordnung. Für die Bewilligung eines Antrags auf Rehabilitationsleistungen gilt der Vorrang des selbstbestimmten Antragsrechts der Versicherten.“*

Aus Sicht des DGB ist das Ziel, die geriatrische Rehabilitation als Mittel der Wahl zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu stärken, zu begrüßen. Die beabsichtigte Streichung der Überprüfung des medizinischen Bedarfs einer vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen durch die Krankenkassen führt jedoch dazu, dass auf Seiten der Leistungserbringer Anreize entstehen würden, geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber anderen möglichen Rehabilitationsformen (z.B. orthopädischer Rehabilitation) bevorzugt zu verordnen. Auch ist bisher nicht erkennbar, welche Abschätzungsinstrumente seitens der Vertragsärzte zur Indikationsstellung einer geriatrischen Rehabilitation zum Einsatz kommen sollen, da



hierfür bisher keine Vorgaben durch den G-BA erlassen wurden. Zudem sind unterschiedliche Regelungen zur Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung in den einzelnen Bundesländern in Kraft.

Insofern wären aus Sicht des DGB als Voraussetzung einer erleichterten Verordnung von geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen das Aufstellen geeigneter Abschätzinstrumente und die Übermittlung der für die Indikation ausschlaggebenden Ergebnisse durch den jeweiligen Vertragsarzt an die Krankenkasse im zeitlichen Zusammenhang mit der Übermittlung der Verordnung erforderlich, um eine Nichtüberprüfung zu begründen.

### **3.3 Leistungserbringerrecht, Wunschrecht der Leistungsberechtigten**

Der Gesetzesentwurf zielt auf die Einführung eines trägerspezifischen Leistungserbringerrechtes, was implizit auf eine Infragestellung der Deutungshoheit und Regelungsweite durch das SGB IX hinführt. Trägerspezifische Regelungen bedeuten im Kern immer die Gefahr des Entstehens unterschiedlicher Leistungsaussichten für betroffene Versicherte bei ein und derselben Anspruchsgrundlage. Dieser Gefahr und der damit einhergehenden Aussicht auf eine Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Menschen kann nur durch eine einheitliche Verpflichtung aller Träger auf die Bestimmungen und Ziele des SGB IX entgegengewirkt werden. Dieses bietet mit den Grundsätzen der einheitlichen Versorgungsvertragsgestaltung (§38 Abs. 3 SGB IX), der trägerübergreifenden, angemessenen Vergütung der Leistungserbringer (§§ 36 Abs. 2, 51 Abs. 1 SGB IX) und der Möglichkeit zur Vereinbarung von Rahmenverträgen (§28 Abs. 3 SGB IX) die angemessenen Voraussetzungen, um ein einheitliches Leistungserbringerrecht auf Basis transparenter, umfassender und gleichwertigen Kriterien zu verwirklichen. Insofern besteht auch keine inhaltlich begründete Notwendigkeit zur Verwirklichung trägerspezifischer Leistungserbringerrechte.

Demgegenüber haben Leistungsberechtigte gegenwärtig nach § 8 SGB IX ein „Wunschrecht“, mit dem sie abweichende Vorstellungen bei der Wahl der die Rehabilitation ausführenden Einrichtungen umsetzen können. Würden hierdurch gegenüber der durch den Rehabilitationsträger ursprünglich ausgesuchten Einrichtung Mehrkosten entstehen, sieht jedoch § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V vor, dass eine Mehrkostentragung durch den Versicherten durchzuführen ist, die von ihrem Wunschrecht Gebrauch machen. Dieser Widerspruch zwischen SGB IX und SGB V – das SGB IX geht schlicht nicht vom Erfordernis der Übertragung von Mehrkosten auf die Versicherten aus – will der Gesetzesentwurf nun auflösen, indem eine Halbierung der Mehrkostenbeteiligung der Versicherten vorgesehen wird.





Aus Sicht des DGB ist eine solche Entlastung der Versicherten zu begrüßen. Da ohnehin die Zertifizierung von Einrichtungen für ein Inbetrachtkommen von Ausübungen des Wunschrechts der Versicherten sowie die korrekte Ermittlung der Leistungsbedarfe und die am konkreten Rehabilitationsbedarf und der geeigneten Form der Rehabilitation orientierte Auswahl infragekommender Rehabilitationseinrichtungen als Voraussetzung einer zu genehmigenden Rehabilitationsleistung an einer spezifischen Einrichtung gilt, ist das Eröffnen einer Teilkostenerstattungsforderung nicht gerechtfertigt. Sinnvollerweise wäre stattdessen eine vollständige Streichung der Mehrkostenbeteiligung der Versicherten zu erreichen, die diese von jeglichen Kostentragungen befreit und ein einheitliches Wunschrecht für alle Rehabilitationsträger sicherstellt.

Der DGB begrüßt, dass nach § 111 Abs. 5 (neu) die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Auf Verlangen des Rehabilitationsträgers sind diese nun nachzuweisen. Dies entspricht einer dringend notwendigen Voraussetzung zur Umsetzung einer einkommensbezogenen Besserstellung der Beschäftigten und ist als Korrektur überfällig.