

**Stellungnahme**  
**der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)**  
**zu den Änderungsanträgen (Drs. 19(14)51.5)**  
**und zu den Änderungsanträgen der Fraktion DIE LINKE**  
**(Drs. 19(14)51.3 und 19(14)51.1)**  
**zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere**  
**Versorgung**  
**(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG, Drs. 19/8337)**

## Inhalt

<b>A. Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD</b> .....	4
<b>1. Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Drs. 19 (14) 51.1): Heilmittel</b> .....	4
§ 32 Absatz 1b Aufhebung der Genehmigungsverfahren für Heilmittel .....	4
Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankverordnung) (§§ 73, 84, 106b, 125a).....	4
Verträge mit Heilmittelerbringern (§§ 124, 124a, 125) .....	4
<b>2. Änderungsantrag 2-27 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD</b> .....	6
<b>(Drs. 19 (14) 51.5)</b> .....	6
<b>Änderungsantrag 2: Hilfsmittel</b> .....	6
§ 33 Absatz 1 SGB V Anspruch auf Einsatz sicherer Instrumente zum Schutz vor Nadelstichverletzungen.....	6
§ 127 SGB V Verträge .....	7
Ergänzender Änderungsbedarf zu § 126: Präqualifizierungserfordernis.....	8
<b>Änderungsantrag 4: Förderung der Selbsthilfe</b> .....	9
§ 20h SGB V: Förderung der Selbsthilfe.....	9
<b>Änderungsantrag 8: Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder im G-BA bei Beratungen zu Bedarfsplanung und Qualitätssicherung</b> .....	11
§ 92 SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	11
<b>Änderungsantrag 9: Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse als Zulassungsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren</b> .....	12
§ 103 Zulassungsbeschränkungen .....	12
<b>Änderungsantrag 11: Verkürzung der Frist für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen sowie Abbau von Regressrisiken bei arztbezogenen Prüfungen</b> .....	13
§§ 106, 106a, 106b, 106d, 275, 297 SGB V .....	13
<b>Änderungsantrag 13: Integration digitaler Anwendungen in strukturierte Behandlungsprogramme – DMP</b> .....	14
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten .....	14
<b>Änderungsantrag 17: Elektronische Gesundheitskarte</b> .....	15
§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis .....	15
<b>Änderungsantrag 25: Hebammen und Entbindungspfleger/innen</b> .....	17
§§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe.....	17
<b>Änderungsanträge 27a-d: Telematik</b> .....	18

<b>Änderungsantrag 27a: Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik, Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter</b> .....	18
§§ 291a, 291b und 291c SGB V: Elektronische Gesundheitskarte, Telematikinfrastruktur und Gesellschaft für Telematik.....	18
<b>Änderungsantrag 27b: Sanktionsregelungen für die Krankenkassen bei der Einführung der elektronischen Patientenakte</b> .....	19
§§ 270, 291a Absatz 5c SGB V: Elektronische Patientenakte .....	19
<b>Änderungsantrag 27d: Festlegungen zur semantischen Interoperabilität der elektronischen Patientenakte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung</b> .....	20
§ 291b Absatz 1: Gesellschaft für Telematik.....	20
<b>B. Änderungsanträge der Oppositionsfraktionen</b> .....	21
1. <b>Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE (Drs. 19 (14) 51.3):</b> .....	21
Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen – ambulante Pflegedienste stärken.....	21
2. <b>Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE (Drs. 19 (14) 51.1): Beibehaltung des direkten Zugangs zur Psychotherapie</b> .....	21
<b>C. Ergänzender Änderungsbedarf</b> .....	23
1. <b>§ 132a Absatz 1 SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen: Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege</b> .....	23
2. <b>§§ 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</b> .....	23
3. <b>§ 20f SGB V Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie</b> .....	26
4. <b>§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung: Verbesserung des Entlassmanagements</b> .....	27

## **A. Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

### **1. Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Drs. 19 (14) 51.1): Heilmittel**

#### **§ 32 Absatz 1b Aufhebung der Genehmigungsverfahren für Heilmittel**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass das bürokratische Verfahren zur Aufhebung des Genehmigungserfordernisses von Wiederholungsverordnungen bei langfristigem Heilmittelbedarf, aufgehoben wird.

#### **Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung) (§§ 73, 84, 106b, 125a)**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass der Gesetzgeber auf die in § 64 SGB V gesetzlich normierten Modellversuche zur sog. „Blankoverordnung“ verzichtet und die Blankoverordnung für Heilmittel für bestimmte, in der zwischen GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen zu bestimmenden Indikationen direkt in der Regelversorgung verankert. Damit können Heilmittelerbringer bei Vorliegen dieser Indikationen direkt Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. Positiv bewertet wird ebenfalls, dass bei diesen Verordnungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106d verzichtet wird. Dies ist sachgerecht, da in der Vereinbarung nach § 125a Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 Maßnahmen zur unverhältnismäßigen Mengenausweitung einschließlich möglicher Vergütungsabschläge getroffen werden können.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, dass neben der Blankoverordnung auch der Direktzugang zu Heilmittelerbringern schnellstmöglich geregelt wird. Dies ist auch vor dem Hintergrund von Versorgungsengpässen, insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen, und der dringend erforderlichen Neuordnung der Gesundheitsberufe dringend geboten. An dieser Stelle wiederholen wir unser Petitum, dass die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde auch für die Pflegeberufe dringend voranzutreiben ist und dass hierfür unverzüglich die geeigneten Voraussetzungen zu schaffen sind.

#### **Verträge mit Heilmittelerbringern (§§ 124, 124a, 125)**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass mit den Regelungen zu Verträgen zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern, die auch die Preisfindung regeln, die Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V für diesen Bereich aufgehoben wird (§ 124 Absatz 1 Satz 3). Die Preisfindung soll sich an den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Leistungsgerechtigkeit orientieren, was wir für sachgerecht halten. Die Preisfindung sollte sich dabei nicht nur an der Entwicklung der Personalkosten (§ 124 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1) orientieren, sondern zur Voraussetzung haben, dass die Anwendung der tariflichen Bindung nie als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf.

Bei den Anforderungen an die Qualität sind insbesondere hinsichtlich der räumlichen Voraussetzungen Richtwerte zu vereinbaren. Es ist zwar sehr zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die Sicherstellung der Barrierefreiheit der Praxen vorsieht, denn gerade

pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen bedürfen häufig und in vielfältiger Weise der Versorgung mit Heilmitteln. Gleichzeitig stellt sich die Frage, warum dieselbe Anforderung nicht an Arztpraxen gestellt wird. Nicht alle Praxen von Heilmittelerbringern sind barrierefrei; die Barrierefreiheit sollte daher aus Steuermitteln gefördert werden.

Des Weiteren ist zu begrüßen, dass die Vergütung der Heilmittelerbringer, wie in § 124a vorgesehen, deutlich angehoben werden soll. Dies ist angesichts der heute viel zu geringen Vergütung dringend erforderlich.

## 2. Änderungsantrag 2-27 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Drs. 19 (14) 51.5)

### Änderungsantrag 2: Hilfsmittel

#### § 33 Absatz 1 SGB V Anspruch auf Einsatz sicherer Instrumente zum Schutz vor Nadelstichverletzungen

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die gesetzliche Klarstellung zur Kostenübernahme für stichsichere Instrumente durch die Krankenkassen nachdrücklich. In der Praxis hat die Sorge der Ärztinnen und Ärzte vor Regressen immer wieder dazu geführt, dass diese nicht verordnet werden, da sichere Instrumente deutlich teurer als herkömmliche Kanülen oder Lanzetten sind. Problematisch ist jedoch die in § 33 Absatz 1 Satz 5 genannte Leistungsvoraussetzung, dass vom Versicherten eine sicher diagnostizierte erhöhte Infektionsgefahr ausgehen muss. Bei welchen Diagnosen und Tätigkeiten dies der Fall ist, soll nach § 33 Absatz 1 Satz 7 neu der G-BA in seiner Richtlinie festlegen. In der Pflegepraxis sind jedoch die Träger von Infektionskrankungen mit und auch ohne erhöhtes Risiko häufig gar nicht diagnostiziert. Geht von ihnen zudem noch das Risiko einer Fremdgefährdung aus, wie z.B. bei herausforderndem Verhalten demenzkranker Patientinnen und Patienten, wäre das Pflegepersonal bei Injektionen oder Blutentnahmen nicht vor Ansteckung geschützt. Es ist ein pflegfachlicher Grundsatz, dass im Umgang mit potentiell infektiösem Körpermaterial, wozu Blut als Träger einer Vielzahl an hochinfektiösen und schweren Erkrankungen, die bis zur Berufsunfähigkeit führen können, insbesondere zählt, zunächst von einem Infektionsrisiko ausgegangen werden muss, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist. Nach der Logik des vorliegenden Änderungsantrages müssten Menschen mit Pflegebedarf demnach vor der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen ein Screening auf durch Blut übertragbare Infektionskrankheiten durchlaufen. Abgesehen von den dadurch entstehenden Kosten für die sozialen Sicherungssysteme sehen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an dieser Stelle einen unverhältnismässigen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen. Die TBRA 250 – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen stellt in ihrer Definition der Anwendungspflicht sicherer Instrumente in Punkt 4.5.2. (Absatz 4) daher auch ausdrücklich auf Tätigkeiten und nicht auf Diagnosen ab. **Der Gesetzgeber sollte den Auftrag des G-BA zur Definition des Einsatzgebietes von sicheren Instrumenten gleichfalls auf Tätigkeiten beschränken, bei denen von einer erhöhten Infektionsgefahr auszugehen ist.** Wir weisen darauf hin, dass es auch für die Ärzte einen hohen Aufwand bedeuten würde, Patientinnen und Patienten auf sämtliche Diagnosen, die mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden sind, zu untersuchen, bevor sie sichere Instrumente verordnen können. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, dass auch in der stationären Langzeitpflege ebenso lückenlos wie im Krankenhaus sichere Instrumente eingesetzt werden müssen, um Patientinnen und Patienten sowie das Pflegepersonal wirksam vor Nadelstichverletzungen und deren Folgen für die Gesundheit zu schützen.

## **Änderungsbedarf:**

In § 33 Absatz 1 Satz 7 neu SGB V werden die Wörter „Diagnosen und“ gestrichen.

## **§ 127 SGB V Verträge**

Auch die im HHVG vorgenommenen Korrekturen am Ausschreibungsmodell haben nicht zu dem gewünschten Effekt einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten beim Abschluss von Verträgen geführt. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen daher die vom Gesetzgeber geplante Aufhebung des Ausschreibungsmodells und seine Ersetzung durch das Modell der Rahmenverträge mit Beitrittsmöglichkeiten nachdrücklich. Ebenso positiv zu bewerten ist die Klarstellung, dass das Open-House-Vertragsmodell mit der vorliegenden Regelung ausgeschlossen ist. **Um zu verdeutlichen, dass es sich bei den Verträgen nach § 127 Absatz 1 neu um das Modell der Rahmenverträge mit Beitrittsmöglichkeiten, die im neuen Absatz 2 geregelt werden, handelt, sollte der Begriff des „Rahmenvertrags“ auch im Gesetzestext klarstellend verwendet werden.**

Durch die Aufhebung des § 127 Absatz 1b alt entfällt die Regelung, dass bei den Verträgen das Kriterium der Zugänglichkeit der Leistung insbesondere für Menschen mit Behinderungen sowie Anforderungen an die Qualifikation und Erfahrung des mit der Ausführung der Versorgung betrauten Personals, Kundendienst und technische Hilfen zu vereinbaren sind. Die in § 127 Absatz 1 Satz 3 SGB V enthaltene Regelung zu den Mindestanforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte wurde ebenfalls nicht in die Neuregelung des § 127 Absatz 1 SGB V aufgenommen.

Nach dem neuen, inhaltlich gegenüber der bestehenden Regelung unveränderten Absatz 6 Satz 2 müssen die Krankenkassen ihre Versicherten auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge informieren, wenn diese bereits einen Leistungserbringern ausgewählt haben oder die Krankenkassen auf die Genehmigung der Leistung verzichtet haben. Die Krankenkassen sollten zu dieser Information generell und nicht nur auf Nachfrage verpflichtet werden.

## **Änderungsbedarf:**

In § 127 Absatz 1 Satz 1 neu soll das Wort „Verträge“ durch das Wort „Rahmenverträge“ ersetzt werden.

§ 127 Absatz 1 neu soll nach Satz 1 wie folgt ergänzt werden:

„Den Verträgen sind mindestens die nach § 139 Absatz 2 zugrunde gelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. Die Anforderungen an die Qualität der Hilfsmittel haben die Zugänglichkeit der Leistung insbesondere für Menschen mit Behinderungen und die Qualifikation und Erfahrung des mit der Hilfsmittelversorgung betrauten Personals sowie Regelungen zum Kundendienst und technischen Hilfen zu berücksichtigen.“

In § 127 Absatz 6 Satz 2 neu sind die Wörter „auf Nachfrage“ zu streichen.

## Ergänzender Änderungsbedarf zu § 126: Präqualifizierungserfordernis

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. **Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.**

### Änderungsbedarf:

In § 126 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:  
„Keine Leistungserbringer im Sinne von Satz 2 sind Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, die Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen, ohne diese herzustellen, abzugeben oder anzupassen.“

## Änderungsantrag 4: Förderung der Selbsthilfe

### § 20h SGB V: Förderung der Selbsthilfe

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag soll augenscheinlich eine Empfehlung des Bundesrechnungshofes (BRH) von 2011 umgesetzt werden, in der gefordert wurde, die kassenindividuelle Förderung auf allen Förderebenen in einem transparenten Verfahren umzusetzen und vorgeschlagen wurde, dafür die bereits vorhandenen Strukturen der kassenartenübergreifenden Förderung zu nutzen und die beiden nebeneinander bestehenden Förderstränge zu verzahnen.

Das Anliegen die Projektförderung transparenter und einfacher zu gestalten und der Selbsthilfe auch in diesem Förderstrang ein Mitberatungsrecht einzuräumen wird grundsätzlich begrüßt. Darum begrüßt die BAGFW die Änderung der Bezeichnungen in „Pauschalförderung und Projektförderung“. Damit wird zur Transparenz der Fördermöglichkeiten und zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Krankenkassen beigetragen.

Allerdings stellt sich die Frage, warum die Empfehlungen des BRH von 2011 gerade jetzt umgesetzt werden sollen, denn in der Zwischenzeit haben sich auf allen Förderebenen Strukturen der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen der Selbsthilfe und Gesetzlichen Krankenkassen gebildet. Von den Mitgliedsverbänden des Paritätischen wird befürchtet, dass diese bewährten Strukturen der Zusammenarbeit zerstört werden und dass Förderverfahren nicht vereinfacht, sondern komplizierter und langwieriger werden.

Mit der kassenindividuellen Projektförderung wurden zahlreiche innovative und kreative Vorhaben unterstützt, die entscheidend zur positiven Weiterentwicklung der Selbsthilfe beigetragen haben. Gerade bei diesen innovativen Projekten gibt es eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Selbsthilfe. **Wenn zukünftig über Projekte im Konsens aller Kassen entschieden werden muss, ist zu befürchten, dass die Projektförderung ihre Innovationskraft einbüßt und die Zusammenarbeit zwischen Kassen und Selbsthilfe eher schwieriger wird.**

**Wenn man die Förderung für Selbsthilfegruppen und insbesondere kleine Selbsthilfeorganisationen insgesamt optimieren will, sollte der Anteil für die Pauschalförderung auf 70 Prozent erhöht werden.** Damit würde anerkannt, dass das Instrument der Projektförderung von Selbsthilfegruppen und kleinen Organisationen in der Regel nicht genutzt wird, weil die Antragstellung und Abwicklung eine Überforderung ihrer ehrenamtlichen Strukturen darstellt.

Vor einer Veränderung der bewährten Förderstrukturen sollte in einem transparenten Verfahren, unter Einbindung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe, über sinnvolle Weiterentwicklungen der Selbsthilfeförderung der gesetzlichen Krankenkassen beraten werden.

Die geplante Änderung des § 20 h SGB V wird daher zum jetzigen Zeitpunkt abgelehnt.

## **Änderungsbedarf:**

Streichung der Änderungen des § 20h SGB V mit Ausnahme der begrifflichen Klarstellung in Absatz 2 Satz 3.

## **Änderungsantrag 8: Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder im G-BA bei Beratungen zu Bedarfsplanung und Qualitätssicherung**

### **§ 92 SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen ausdrücklich, dass den Ländern durch den Änderungsantrag nicht nur ein Mitberatungs-, sondern ein Antragsrecht bei den Beratungen des G-BA zur Bedarfsplanung und bei den Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung eingeräumt werden soll. Den Ländern kommt eine zentrale Rolle in der Krankenhausplanung zu, daher ist es sachgerecht, sie frühzeitig bei der Qualitätssicherung im Krankenhausbereich zu beteiligen. Da die Länder den Bedarfsplan auf der Grundlage der von den Landesauschüssen getroffenen Entscheidungen gemäß § 90 Absatz 6 SGB V beanstanden können, ist es sinnvoll, sie an den Entscheidungen durch mitgestalterische Mitberatungs- und Antragsrechte zu beteiligen.

## **Änderungsantrag 9: Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse als Zulassungsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren**

### **§ 103 Zulassungsbeschränkungen**

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass der Zulassungsausschuss bei der Auswahl der Bewerber im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens einer Praxis bei der Zulassung zu berücksichtigen hat, dass sich der Bewerber zur Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung benannt wurden, verpflichtet. Solche Versorgungsbedürfnisse können sein, dass sich ein Bewerber verpflichtet, in einem angrenzenden, schlechter versorgten Gebiet mit zu versorgen. **Zu den besonderen Versorgungsbedürfnissen sollte auch zählen, dass der Bewerber sich verpflichtet, seine Praxis barrierefrei auszugestalten.** Dies sollte explizit in die Gesetzesbegründung, die solche besonderen Versorgungsbedürfnisse beispielhaft benennt, aufgenommen werden.

## **Änderungsantrag 11: Verkürzung der Frist für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen sowie Abbau von Regressrisiken bei arztbezogenen Prüfungen**

### **§§ 106, 106a, 106b, 106d, 275, 297 SGB V**

Der Änderungsantrag sieht vor, dass bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Praxen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten künftig nicht mehr die Durchschnittswerte aller Arztpraxen herangezogen werden dürfen. Dies ist nicht sachgerecht, da Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten häufig mehr Patientinnen und Patienten versorgen und somit spezifische Standortbedingungen aufweisen. Es wird angeregt zu prüfen, ob das Strukturmerkmal, dass eine Praxis in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet als Praxisbesonderheit anerkannt werden sollte, mit der Folge, dass deren besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfstellen bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit anzuerkennen ist.

## **Änderungsantrag 13: Integration digitaler Anwendungen in strukturierte Behandlungsprogramme – DMP**

### **§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass bei jeder Erstfassung und Aktualisierung von Richtlinien im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme für Chroniker die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen geprüft werden soll. Apps können helfen, das Selbstmanagement chronisch kranker Menschen zu verbessern. Digitale Anwendungen können auch die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und die Datenübermittlung erleichtern, was zu einer besseren Versorgung chronisch kranker Menschen beiträgt. Unabdingbar ist in jedem Fall die Prüfung ihrer Eignung, ihres Nutzens und ihrer Qualität. Dies gilt insbesondere dann, wenn hochsensible Patientendaten, z.B. medizinische Meßwerte, digital transferiert werden.

## Änderungsantrag 17: Elektronische Gesundheitskarte

### § 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

Ab dem 1. Dezember 2019 müssen die elektronische Gesundheitskarten, die von den Krankenkassen ausgegeben werden, mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein, um sie mit einem mobilen Endgerät benutzen zu können, ohne dass der Einsatz eines zusätzlichen Kartelesegeräts erforderlich ist. Da derzeit kein zugelassenes Kartenbetriebssystem eine kontaktlose Schnittstelle unterstützt, halten wir die Frist des Rechtsanspruchs aller Versicherten auf eine schnittstellenlose eGK des 1. Dezember 2019 für nicht realistisch.

**Generell haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bereits in der Stellungnahme zum TSVG kritisch angemerkt, dass der Zugriff auf die eigenen Daten in der Patientenakte durch alternative Authentisierungsverfahren ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte, z.B. über mobile Endgeräte, vereinfacht werden soll.** Im Gesundheitsbereich handelt es sich um hochsensible Daten und bei einem mobilen Zugriff bestehen größere Sicherheitsrisiken. Die im Gesetzentwurf ergänzte Formulierung „in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren“ stellt aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nicht hinreichend sicher, dass den Versicherten die Risiken in vollem Umfang bewusst sind bzw. sie diese richtig einschätzen und bewerten können. Um die Informationsrechte sicherzustellen, sind bei der Aufbereitung der Informationen in allgemein verständlicher Form Vertreter/innen von Verbraucherschutz und Patientenorganisationen beratend zu beteiligen.

Wir weisen erneut darauf hin, dass die bislang getroffenen Bestimmungen zur Barrierefreiheit aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unzureichend sind. **Es ist dringend erforderlich, einen barrierefreien Zugriff zur elektronischen Patientenakte und zu den weiteren Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte für Versicherte mit Behinderungen zu ermöglichen.** Dies umfasst sowohl die zum Einsatz kommende Software, als auch die eingesetzte Hardware, z. B. in Form spezieller Kartenlesegeräte zur Authentifizierung. Eine Verpflichtung zur Barrierefreiheit der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen ist bereits im EU-Recht festgelegt. Auch wenn diese nicht unmittelbar auf das Gesundheitswesen anwendbar sind, müssen im Rahmen des SGB V vergleichbare Regelungen geschaffen werden.

Bei Bedarf sollten Versicherte das Recht auf eine individuelle Beratung durch die Krankenkasse erhalten. Die Informationen müssen sowohl mehrsprachig als auch in Leichter Sprache zur Verfügung stehen.

Dass der Zugriffsweg über die elektronische Gesundheitskarte erhalten bleiben soll, begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, da immerhin 10 Prozent der Menschen in Deutschland nicht über einen Internetzugang verfügen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen auch, dass das Verfahren vereinfacht werden soll, in dem die Versicherten in die Nutzung medizinischer Anwendungen unter Dokumentation ihrer Zustimmung einwilligen, jeweils unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung.

Gleichzeitig muss aber auch die Weitergabe von Patientendaten an Arbeitgeber, Krankenkasse und unbefugte Dritte ausgeschlossen werden.

## Änderungsantrag 25: Hebammen und Entbindungspfleger/innen

### §§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe

Für Frauen, die in einer bestimmten Region eine Hebamme oder Entbindungspflegerin suchen, war es bisher oft schwierig, eine geeignete Person zu finden, die sich zur Betreuung bereit erklärt hat. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen daher, dass durch die vorgesehene Gesetzesänderung eine Vertragspartnerliste der Krankenkassen erstellt wird, an welche alle Hebammen und Entbindungspfleger ihre Daten unter Angabe der Art der Leistung, die sie erbringen, abgeben müssen. Positiv zu bewerten ist auch die Verpflichtung des GKV-SV, auf einer Internetseite niedrigschwellig mit Suchfunktion diese Daten zur Verfügung zu stellen. **Die Informationen sollten jedoch nicht nur auf der Internetseite, sondern generell in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden, damit die Versicherten auch zeitgemäß diesbezügliche Apps nutzen können. Des Weiteren sollten diese Informationen nicht nur vom GKV-Spitzenverband, sondern auch von den einzelnen Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, da die Versicherten solche Informationen überwiegend bei ihrer eigenen Kasse und nicht beim GKV-Spitzenverband nachfragen werden.** Dies sollte in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden.

Des Weiteren wird begrüßt, dass sich das mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz eingeführte Förderprogramm zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf auch ausdrücklich auf die in Krankenhäuser tätigen Hebammen und Entbindungspfleger erstrecken soll. Allerdings sollten entsprechende Fördermaßnahmen auch freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspflegerinnen zur Verfügung stehen. Gerade die freiberuflich tätigen Hebammen können ihre Einsatzzeiten bei Geburten nicht frei wählen und bedürfen somit der besonderen Unterstützung bei der Nachtzeit und in Randzeiten sowie am Wochenende und an Feiertagen.

## Änderungsanträge 27a-d: Telematik

### Änderungsantrag 27a: Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik, Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter

#### §§ 291a, 291b und 291c SGB V: Elektronische Gesundheitskarte, Telematikinfrastruktur und Gesellschaft für Telematik

Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, soll künftig Mehrheitsgesellschaft in der Gesellschaft für Telematik werden, um die Entscheidungsprozesse der gematik effizienter als bisher zu gestalten, so die Gesetzesbegründung. Diese Zielsetzung wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege ausdrücklich unterstützt. Eine Mitsteuerung der Prozesse und Aufgaben, die die Gesellschaft für Telematik zu erfüllen hat, durch das BMG kann sinnvoll sein.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, dass die Expertise der im Beirat vertretenen Organisationen stärker genutzt und transparent gemacht wird. **So sollten die Ergebnisse der Beratungen des Beirats, seine Stellungnahmen und die Berücksichtigung seiner Empfehlungen veröffentlicht werden.** Angesichts der mit der Einführung der Telematikinfrastruktur verbundenen erheblichen Kosten spricht sich die BAGFW zudem dafür aus, die im Gesetz genannten Angelegenheiten von besonderer Bedeutung um die Konzepte und Beauftragungen von Kosten-Nutzen-Berechnungen zu ergänzen. Ohne eine Veröffentlichung der Ergebnisse in angemessener Art und Weise sowie in angemessenem Umfang läuft der Arbeitsauftrag des Beirats sonst ins Leere.

Es ist nicht ausreichend, dass die **Verbände für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen** nur über den Beirat an den Beschlussfassungen der Gesellschaft für Telematik mitwirken können. **Sie sollten direkt in der Gesellschafterversammlung der gematik vertreten sein und dort ein Mitberatungsrecht erhalten.**

§ 291b Absatz 1 Satz 2 sieht vor, dass die Zugriffsmöglichkeiten der Telematikinfrastruktur auch auf weitere Leistungserbringer ausgedehnt werden können. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern **die unverzügliche Anbindung der Leistungserbringer pflegerischer Leistungen an die Telematikinfrastruktur.** Nur so ist die Vernetzung zwischen Ärzten, Pflege, Krankenhäusern und den Kostenträgern gewährleistet. Bei den digitalen Anwendungsmöglichkeiten ist z.B. an die Übermittlung von Daten aus der Pflegedokumentation, die für die weitere medizinische Behandlung in der Arztpraxis relevant sind, zu denken. Zentrale digitale Anwendungsmöglichkeiten sind z.B. das Ordnungsmanagement, eMedikationsplan, das Notfalldatenset einschließlich Daten zu Patientenverfügung, gesundheitlicher Vorausplanung nach § 132g, der eArztbrief oder das Entlassmanagement. Auch die Abrechnung via elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) erfordert eine Einbindung der Altenpflege in die TI. Für die Umsetzung der Änderungen des § 105 SGB XI durch das 2. Bürokratieentlastungsgesetz muss eine dauerhafte und auskömmliche Finanzierung für die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Anschaffung der nötigen technischen Geräte und Software, für die Wartung und Schulung gesichert werden. **Die Kosten für die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die TI sind den Einrichtungen in gleicher Weise zu refinanzieren wie dies bei den Ärzten**

**und den Krankenhäusern auf der Grundlage der §§ 291a Absatz 7a und 7b erfolgt ist. Dazu ist eine Rechtsgrundlage in einem neuen § 291a Absatz 7c zu schaffen.**

Insbesondere Pflegekräfte, aber auch andere Angehörige von Gesundheitsberufen, wie Physiotherapeuten und Hebammen sollten für die elektronische Gesundheitskarte lese- und schreibberechtigt sein, sofern die Anwendungen ihre Tätigkeit betreffen, wie z.B. den Medikationsplan und den Entlassbrief. **Zu diesem Zweck ist der eHBA auch für die Berufsangehörigen der Pflege unverzüglich zur Verfügung zu stellen.**

### **Änderungsbedarf:**

In § 291b Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Spitzenorganisation“ die Wörter „und die Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“ ergänzt.

In § 291b Absatz 2a Satz 3 wird ein Punkt 4 ergänzt:  
„4. Konzepte und Beauftragungen für Kosten-Nutzen-Berechnungen.

In § 291b Absatz 2a wird nach Satz 5 ein neuer Satz 6 eingefügt:  
„Die Ergebnisse der Beratungen des Beirats, seine Stellungnahmen und die Berücksichtigung seiner Empfehlungen durch die Gesellschaft für Telematik werden in Abstimmung mit der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik in angemessener Art und Weise veröffentlicht“.

Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Finanzierung der Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die TI in einem neuen § 291a Absatz 7c.

### **Änderungsantrag 27b: Sanktionsregelungen für die Krankenkassen bei der Einführung der elektronischen Patientenakte**

#### **§§ 270, 291a Absatz 5c SGB V: Elektronische Patientenakte**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass die Krankenkassen, wie schon im Gesetzentwurf zum TSVG vorgesehen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1.1.2021 eine ePA zur Verfügung stellen müssen. Die Verhängung von Sanktionen, wie im Änderungsantrag vorgesehen, muss allerdings zwingend voraussetzen, dass die Krankenkassen für Verzögerungen bei der Einführung der ePA verantwortlich gemacht werden können. Der Verfahrensablauf für die Zulassung der ePA hängt von komplexen Prüfvorschriften ab. Maßgebliche Akteure für die Zulassung sind die gematik und das BSI. Wenn die Bundesrepublik Deutschland Mehrheitsgesellschafter der gematik ist, liegt es letztlich in ihrer Hand, ein Fristversäumnis zu verhindern, sodass sich die Frage stellt, warum es der Sanktionsfolge einer Kürzung der Zuweisungen aus dem RSA überhaupt bedarf.

## **Änderungsantrag 27d: Festlegungen zur semantischen Interoperabilität der elektronischen Patientenakte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung**

### **§ 291b Absatz 1: Gesellschaft für Telematik**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege in die von der KBV zu treffenden Festlegungen der semantischen Interoperabilität der elektronischen Patientenakte durch Herstellung des Benehmens verbindlich einbezogen werden müssen, da viele Anwendungen auch die Pflege betreffen, wie z.B. der elektronische Medikationsplan. Da der Begriff „maßgebliche Bundesverbände der Pflege“ nicht erkennen lässt, ob auch die Leistungserbringerverbände der Pflege davon umfasst sind, sollte zur Klarstellung der sonst im SGB V verwandte Begriff der „für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene“ verwendet werden.

### **Änderungsbedarf:**

In § 291b Absatz 1 Satz 7 werden die Wörter „den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege“ durch die Wörter „den für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene“ ersetzt.

## **B. Änderungsanträge der Oppositionsfraktionen**

### **1. Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE (Drs. 19 (14) 51.3):**

#### **Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen – ambulante Pflegedienste stärken**

Der Änderungsantrag der LINKEN fordert zu präzisieren, dass die bundesweiten Standards des neuen Qualitätssicherungssystems nach § 113b SGB XI auch für die ambulanten Betreuungseinrichtungen gelten sollen. Dies wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege unterstützt. Wie zum Gesetzentwurf oben ausgeführt, erachten wir es als nicht ausreichend, dass künftig nur die Regelungen des neuen Qualitätssicherungssystems nach § 113b SGB XI Anwendung finden sollen. Grundlage für die Qualitätssicherung, Qualitätsdarstellung und Qualitätsprüfung sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113. Auch die ambulanten Betreuungsdienste sind in diese einzubeziehen und es ist zu klären, ob es eigener Maßstäbe und Grundsätze für ambulante Betreuungsdienste bedarf oder ob diese in die Regelungen der ambulanten Pflegedienste zu integrieren sind. Eine entsprechende Regelung ist in den Übergangsregelungen nach § 112a zu verankern.

### **2. Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE (Drs. 19 (14) 51.1): Beibehaltung des direkten Zugangs zur Psychotherapie**

Die LINKE fordert die Beibehaltung eines niedrighschwelligigen, gebührenfreien und verfahrensunabhängigen Direktzugangs zur psychotherapeutischen Behandlung. Nach dem Gesetzentwurf soll der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien für eine künftig „gestufte und gesteuerte“ psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und Psychotherapeuten beschließen. Auch aus der Gesetzesbegründung geht nicht hervor, was unter einem gestuften und gesteuerten System zu verstehen ist. Mit der geplanten Neuregelung könnten für psychisch kranke Menschen neue Hürden entstehen, die den Zugang zur Psychotherapie erschweren. Insbesondere besteht die Gefahr, dass der heute mögliche direkte Weg zum Psychotherapeuten eingeschränkt wird. Insoweit wird die Kritik der LINKEN an dem Gesetzentwurf geteilt. Vor allem in ländlichen Räumen mit wenig Vertragsärzten könnten sich die Versorgungswege psychisch kranker Menschen durch ein gestuftes System deutlich erhöhen. Das sieht auch der Bundesrat so. Darüber hinaus stellt die geplante Regelung die Qualifikation der Psychotherapeuten und vertragsärztlichen Psychiater zu einer korrekten Indikationsstellung in Frage. Dies ist ohne nähere Spezifikationen, wie ein koordinierter Behandlungspfad ausgestaltet werden könnte, so nicht hinnehmbar.

Mit der seit dem 1. April 2017 geltenden Psychotherapeuten-Richtlinie, mit der das Element einer verpflichtenden Sprechstunde eingeführt wurde, wurden die Schwellen für den Erstzugang, insbesondere bei akuter Erkrankung, gesenkt und eine schnellere Erstintervention ermöglicht. Für die Neuregelung liegt zwar noch keine Evaluation vor, aber die BPtK hat die Daten von 240.000 Patienten ausgewertet, die 2017 erstmals eine Sprechstunde beim Psychotherapeuten aufgesucht haben. Die so gewonnenen Daten unterstreichen, dass es durch dieses neue Element durchaus gelungen

ist, Leistungen besser als bisher nach Dringlichkeit und Schwere der Erkrankung zu differenzieren und auch die Dauer der Wartezeit auf ein erstes Gespräch mit einem Psychotherapeuten deutlich zu senken. Nach wie vor ungelöst bleibt das Problem, dass teilweise monatelange Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie bestehen. Daran würde auch das im Entwurf angedachte gestufte Verfahren nichts ändern. Vielmehr ist hier eine grundsätzliche Reform der Bedarfsplanung erforderlich. Umso mehr sollte dringend abgewartet werden, bevor weitere neue Regelungen eingeführt werden.

Abgewartet werden sollten weitere Neuregelungen auch vor dem Hintergrund des noch laufenden, aus dem Innovationsfonds geförderten Projektes „NPPV – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen“. Das von der KV Nordrhein durchgeführte Projekt erprobt eine gestufte und koordinierte Versorgung von Menschen mit bestimmten psychischen Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, die nach einer Eingangsuntersuchung durch Bezugsärzte – aber auch Bezugstherapeuten – in eine passgenaue Versorgung und einen entsprechenden Behandlungspfad gelenkt werden. Ziel des Projektes ist es, lange Wartezeiten zu vermeiden, Therapieabbrüche zu vermeiden sowie stationäre Aufenthalte und Arbeitsunfähigkeitstage zu verringern. Eine Steuerung durch Vertragsärzte könnte z.B. gerade Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen wie Suchterkrankungen, Schizophrenie oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die häufig gar keinen Zugang zu therapeutischen Hilfen erhalten, schneller und gezielter den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung erschließen. Bevor Neuregelungen eingeführt werden, sollten auch die Ergebnisse dieses Projektes abgewartet und bewertet werden.

## C. Ergänzender Änderungsbedarf

### 1. § 132a Absatz 1 SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – Rahmenempfehlungen: Anerkennung der Tarifbindung in der Häuslichen Krankenpflege

Mit dem PpSG wurde die Anerkennung der Tarifbindung in der häuslichen Krankenpflege in § 132a SGB V eingeführt, was die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege lange Jahre gefordert und daher mit Nachdruck begrüßt haben. Allerdings sehen die Verbände in der Regelung des § 132a SGB V noch weiteren Nachbesserungsbedarf: In Absatz 4 Satz 3 ist aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege **dringend zu streichen, dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind**. Unabdingbar ist, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden; dies jedoch steht bereits in § 132a Absatz 4 Satz 6. Die Formulierung „preisgünstig“ findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die pflegerische Tätigkeit setzt ebenso wie die ärztliche Tätigkeit hohe Qualitätsstandards voraus, an welche die Berufsausübung gebunden ist. Es ist nicht geboten, die entsprechende Leistungserbringung an das Qualitätskriterien außer Acht lassende Merkmal der Preisgünstigkeit zu binden. Das Wort „preisgünstig“ ist ersatzlos aus § 132a Absatz 4 Satz 5 zu streichen.

#### Lösungsvorschlag:

Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich ~~und preisgünstig~~ erbracht werden.“

### 2. §§ 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

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 Teilhabebeeinträchtigungen. 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 therapie-

vorbereitende 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, sprechen sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege 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 im Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes.

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.

### **3. § 20f SGB V Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie**

#### **Verbesserungen in der Gesundheitsförderung durch strukturierte Kooperation mit der Freien Wohlfahrtspflege**

Ergänzend sollte auch die Einbindung von eher primär präventiv ausgerichteten psychosozialen Beratungsleistungen in die ambulanten Versorgungsstrukturen für die Versicherten im Blick sein. Für die Versicherten ist es wesentlich, dass neben einer qualitativ guten und ausreichenden medizinischen Versorgung auch eine qualitativ gute und niedrigschwellig erreichbare soziale Infrastruktur zur psychosozialen Versorgung zur Verfügung steht. Unter den Zielsetzungen des Präventionsgesetzes zu einer verbesserten und koordinierteren Gesundheitsförderung und Prävention beizutragen, sollten diese Sektoren aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stärker miteinander verzahnt und koordiniert werden.

Die Sicherstellung einer guten Beratungsinfrastruktur ist ein wesentliches Element einer präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Sozialpolitik, vor allem in Bezug auf die Zielsetzung der Vermeidung sozialbedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind bisher in allen Feldern der (psycho-)sozialen und gesundheitlichen Versorgung tätig und bilden mit ihren Verbänden, Trägern und Einrichtungen ein flächendeckendes Netz von Angeboten mit u.a. einer Vielzahl an niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen, sozialräumlichen Ansätzen, Beratungsleistungen für Familien in besonderen Belastungssituationen. Gleichwohl sind sie weder in die Entwicklung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen noch in die Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zur Prävention eingebunden.

**Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind als Vereinbarungspartner der Rahmenvereinbarungen strukturell aufzunehmen.**

#### **Änderungsbedarf:**

#### § 20 f SGB V Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

- (1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen **sowie den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege** gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. (...)

Zudem regen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege 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.

#### **4. § 39 SGB V Krankenhausbehandlung: Verbesserung des Entlassmanagements**

Mit dem GKV-VSG wurde das Entlassmanagement in § 39 SGB V in einem eigenen Absatz 1a neu geregelt. Ziel ist die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten nach einer Krankenhausbehandlung. Nach § 39a SGB V sind nun zwar die Pflegekassen in das Entlassmanagement involviert, nicht aber die nach dem SGB XI zur Versorgung zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Die nach dem SGB XI zur Versorgung zugelassenen Pflegeeinrichtungen müssen jedoch direkt in das Versorgungsgeschehen bei der Krankenhausentlassung einbezogen werden, um eine lückenlose Versorgung in den pflegerischen Bereich hinein sicherstellen zu können. So sollte z. B. bei einer Weiterversorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtungen auch ein pflegerisches Entlassmanagement erfolgen und bei komplexen Versorgungssituationen (z. B. Tracheostoma, komplizierte Wundverläufe usw.) eine Übergabe direkt im Krankenhaus. Ebenso könnten die Beratungen und Anleitungen von pflegenden Angehörigen durch Pflegedienste im Rahmen von § 45 SGB XI bereits im Krankenhaus stattfinden.

Durch das Krankenhausstrukturgesetz sind zum 01.01.2016 neue Leistungsansprüche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie neue Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V geschaffen worden. Danach wurden die bestehenden Leistungsansprüche zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V sowie der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V mit Blick auf Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung erweitert. Ergänzend wurde ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V bei fehlender Pflegebedürftigkeit eingeführt. Während die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V Bestandteil des Entlassmanagements ist, ist dies bei den §§ 38 und 39c SGB V nicht gegeben. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz wurden diese neuen Leistungen aber eingeführt bzw. die bestehenden Leistungen erweitert, um eine Versorgungslücke nach dem Krankenhausaufenthalt zu schließen. **§ 38 SGB V Haushaltshilfe und § 39c SGB V Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit sowie Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI bei bestehender Pflegebedürftigkeit sind deshalb ebenfalls explizit in die Regelung des Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V miteinzubeziehen. Die Pflegeeinrichtungen müssen explizit in das Entlassmanagement eingebunden werden, um die pflegerische Anschlussversorgung sicherzustellen.**

#### **Änderungsbedarf:**

§ 11 Absatz 4 (Versorgungsmanagement) Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung nach diesem Buch **und die pflegerische Anschlussversorgung** nach diesem Buch und nach dem Elften Buch.“

In § 39 Absatz 1a (Entlassmanagement) wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Das Entlassmanagement umfasst auch die Leistungen nach § 38 und § 39c sowie nach § 42 SGB XI nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung.“

§ 39 Abs. 1a Satz 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander **und sichern die Anschlussversorgung mit den Pflegeeinrichtungen nach SGB XI.**“

Berlin, 07.02.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm  
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix ([elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de))

Christian Hener ([c.hener@drk.de](mailto:c.hener@drk.de))