

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie): Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

Vom 19. Dezember 2019

### Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>3</b>
2.1	Änderungen in § 2 .....	3
2.1.1	Zu Absatz 3 .....	3
2.1.2	Zu Absatz 4 (neu) .....	3
2.1.3	Zu Absatz 9 (neu) .....	3
2.2	Änderungen in § 5 Absatz 3, 1. Spiegelstrich.....	3
2.3	Änderungen in § 6 Absatz 1 und 1a.....	4
<b>3.</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen</b> .....	<b>4</b>
<b>4.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>4</b>
<b>5.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>5</b>
<b>6.</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>5</b>
<b>7.</b>	<b>Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens</b> .....	<b>6</b>
7.1	Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens .....	6
7.2	Eingegangene Stellungnahmen .....	6
7.3	Beschlusstwurf zum Stellungnahmeverfahren.....	8
7.4	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren .....	10
7.5	Auszug der Rehabilitations-Richtlinie zum Stellungnahmeverfahren.....	14
7.6	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen .....	16
7.6.1	Allgemein.....	16
7.6.2	Zu § 2 Absatz 3 .....	16
7.6.3	Zu § 2 Absatz 9 .....	22
7.6.4	Zu § 5 Absatz 3 .....	23
7.6.5	Zu § 6 Absatz 1 und 1a.....	24

7.7	Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen.....	31
7.8	Mündliche Stellungnahmen.....	54
7.9	Wortprotokoll der Anhörung .....	56

## **1. Rechtsgrundlage**

In seiner Rehabilitations-Richtlinie regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem die Verordnung von Rehabilitationsleistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen. Die gesetzlichen Grundlagen dieser Aufgabe des G-BA ergeben sich aus § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 SGB V und den §§ 11, 40 und 41 SGB V.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Durch Artikel 7 des „Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals“ (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurde § 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), mit Wirkung zum 1. Januar 2019 geändert.

### **2.1 Änderungen in § 2**

#### **2.1.1 Zu Absatz 3**

Die vorgenommenen Änderungen dienen der Anpassung der Richtlinie an die Änderungen des SGB V. Die bisherige Regelung, dass pflegende Angehörige vorrangig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen müssen, entfällt. Es besteht nunmehr für pflegende Angehörige der Anspruch auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, auch wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation aus medizinischer Sicht ausreichend wären. Zudem wird mit der Anpassung der Richtlinie nachvollzogen, dass die oder der Pflegebedürftige für die Dauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme der oder des pflegenden Angehörigen in der gleichen Einrichtung versorgt werden können. Die Unterbringung der oder des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung ist weiterhin möglich.

#### **2.1.2 Zu Absatz 4 (neu)**

Hierbei handelt sich um eine strukturelle Anpassung der Regelungen in § 2 Absatz 3. Zur Abgrenzung wurde aus Absatz 3 der Satz 2 in den neuen Absatz 4 überführt.

#### **2.1.3 Zu Absatz 9 (neu)**

Zudem wird die Zielsetzung, besondere Belange pflegender Angehöriger bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen, hervorgehoben.

### **2.2 Änderungen in § 5 Absatz 3, 1. Spiegelstrich**

Die Ergänzung berücksichtigt die Zielsetzung der gesetzlichen Änderung, die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch pflegende Angehörige zu stärken. Hierzu beraten die Krankenkassen die pflegenden Angehörigen, über die für die Dauer der stationären Rehabilitation gegebenen Unterstützungsmöglichkeiten zur Versorgung der pflegebedürftigen Person. Als Unterstützungsmöglichkeiten bestehen der Anspruch des pflegenden Angehörigen auf Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Mitaufnahme in derselben Einrichtung oder die Koordination der Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer anderen Einrichtung durch die Krankenkasse mit der Pflegekasse.

### **2.3 Änderungen in § 6 Absatz 1 und 1a**

Die Ergänzung berücksichtigt, dass pflegende Angehörige neben dem Anspruch auf die medizinische Rehabilitation auch einen Anspruch auf Versorgung der zu pflegenden Angehörigen haben, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut sollen gemeinsam mit der Versicherten oder dem Versicherten abwägen, ob Anhaltspunkte vorliegen, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des pflegenden Angehörigen entgegenstehen könnte. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint. Die Krankenkasse entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, über die Mitaufnahme der oder des zu pflegenden Angehörigen. Sofern eine Mitaufnahme der oder des zu pflegenden Angehörigen nicht in Betracht kommt, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse auf Wunsch der oder des Versicherten und mit Zustimmung der oder des zu pflegenden Angehörigen die Versorgung in einer anderen Einrichtung.

### **3. Würdigung der Stellungnahmen**

Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen ergaben sich folgende Änderungen am Beschlussentwurf (Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren, siehe Abschnitt 7.3):

Zu § 2 Absatz 9: Dem redaktionellen Hinweis aus dem Stellungnahmeverfahren wird gefolgt. Nach dem Wort „Angehöriger“ wird das Wort „sind“ eingefügt und nach dem Wort „Rehabilitation“ das Wort „sind“ gestrichen.

In § 6 Absatz 1 und 1a wird jeweils die Ergänzung „oder die Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung“ aufgenommen.

Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 7 dokumentiert.

### **4. Bürokratiekostenermittlung**

Mit Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) zur Anpassung an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ergibt sich aus § 6 Absatz 1 und 1a eine neue Informationspflicht für die Leistungserbringer und somit ein erhöhter Aufwand zur Informationsgewinnung. Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen bzw. Vertragspsychotherapeuten geben künftig Informationen über die Mitaufnahme der oder des zu pflegenden Angehörigen auf der Verordnung an.

Zudem muss mit einer leicht erhöhten Anzahl der Verordnungen der medizinischen Rehabilitation und damit auch mit einem leichten Anstieg der Bürokratiekosten gerechnet werden.

Der bürokratische Mehraufwand und zusätzliche Bürokratiekosten für die Leistungserbringer sind allerdings nicht durch die Änderung der Rehabilitations-Richtlinie induziert, sondern durch das am 11.12.2018 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) veranlasst.

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
11.12.2018		Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)
14.12.2018	UA VL	Aufnahme der Beratungen und Beauftragung der Arbeitsgruppe Re-RL
01.01.2019		Inkrafttreten der Änderungen in § 40 SG V
10.07.2019	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
13.11.2019	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
19.12.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
13.02.2020		Nichtbeanstandung des BMG
17.03.2020		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
18.03.2020		Inkrafttreten

## 6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) zur Anpassung an das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz).

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 7. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind als Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

### 7.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 28. August 2019 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V sowie § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer, der Rehabilitationsträger und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von vier Wochen zur beabsichtigten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung zu nehmen. Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung übersandt. Die Stellungnahmefrist endete am 18. September 2019.

### 7.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V</b>		
Bundesärztekammer (BÄK)	17.09.2019	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	18.09.2019	
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V</b>		
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	17.09.2019	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
<b>Organisationen der Leistungserbringer, der Rehabilitationsträger und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V</b>		
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	02.09.2019	
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr)	11.09.2019	
Fachverband Sucht e.V.	13.09.2019	
Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)	17.09.2019	
Caritas-Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR)	17.09.2019	
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)	17.09.2019	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)	17.09.2019	
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (LAK)	17.09.2019	
Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu)	18.09.2019	
Deutsches Müttergenesungswerk (MGW)	18.09.2019	
Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	18.09.2019	
Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	18.09.2019	
Bundesagentur für Arbeit	13.09.2019	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.		Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Phase II)		
Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. (BAG RPK)		
Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR)		
Bundesverband ambulante-teilstationäre Neurorehabilitation e.V.		
Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)		
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss)		
Bundesverband Geriatrie e.V.		
Der Paritätische Gesamtverband e.V.		
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)		
Deutscher Heilbäderverband e.V.		
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland e.V. (GVS)		
Kneipp-Bund e.V.		
Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V. (ZAT)		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter		
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände		
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) – Spitzenverband		
Deutsche Rentenversicherung Bund		

Stand: 28.08.2019

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie): Anpassung an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

Vom **TT. Monat 2019**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **TT. Monat 2019** beschlossen, die Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in der Fassung vom 16. März 2004 (BAnz. S. 6 769 vom 31. März 2004), zuletzt geändert am 17. Mai 2018 (BAnz AT 03.08.2018 B3), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 Satz 2 wird zu Absatz 4.
- b) Die bisherigen Absätze 4 bis 8 werden die Absätze 5 bis 9.
- c) Dem Absatz 3 Satz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Soweit pflegende Angehörige einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation haben, haben sie auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen.“

d) Dem neuen Absatz 9 wird folgender Satz angefügt:

„Die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind zu berücksichtigen.“

2. In § 5 Absatz 3 Spiegelstrich 1 werden nach den Wörtern „Persönliches Budget“ die Wörter „sowie Unterstützungsangebote der Krankenkasse für pflegenden Angehörige“ eingefügt.

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünscht, gibt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies auf der Verordnung an. Liegen Anhaltspunkte vor,

wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.“

b) Dem Absatz 1a werden folgende Sätze angefügt:

„Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünscht, gibt die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut dies auf der Verordnung an. Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stand: 28.08.2019



# Tragende Gründe

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie): Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

Vom TT. Monat 2019

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Änderungen in § 2 .....	2
2.2	Änderungen in § 5 Absatz 3, 1. Spiegelstrich.....	2
2.3	Änderungen in § 6 Absatz 1 und 1a .....	3
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	3
4.	Bürokratiekostenermittlung .....	3
5.	Verfahrensablauf .....	3
6.	Fazit .....	4

## **1. Rechtsgrundlage**

In seiner Rehabilitations-Richtlinie regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem die Verordnung von Rehabilitationsleistungen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen. Die gesetzlichen Grundlagen dieser Aufgabe des G-BA ergeben sich aus § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 SGB V und den §§ 11, 40 und 41 SGB V.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Durch Artikel 7 des „Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals“ (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurde § 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), mit Wirkung zum 1. Januar 2019 geändert.

### **2.1 Änderungen in § 2**

#### **Zu Absatz 3**

Die vorgenommenen Änderungen dienen der Anpassung der Richtlinie an die Änderungen des SGB V. Die bisherige Regelung, dass pflegende Angehörige vorrangig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen müssen, entfällt. Es besteht nunmehr für pflegende Angehörige der Anspruch auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, auch wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation aus medizinischer Sicht ausreichend wären. Zudem wird mit der Anpassung der Richtlinie nachvollzogen, dass die oder der Pflegebedürftige für die Dauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme der oder des pflegenden Angehörigen in der gleichen Einrichtung versorgt werden können. Die Unterbringung der oder des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung ist weiterhin möglich.

#### **Zu Absatz 4 (neu)**

Hierbei handelt sich um eine strukturelle Anpassung der Regelungen in § 2 Absatz 3. Zur Abgrenzung wurde aus Absatz 3 der Satz 2 in den neuen Absatz 4 überführt.

#### **Zu Absatz 9 (neu)**

Zudem wird die Zielsetzung, besondere Belange pflegender Angehöriger bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen, hervorgehoben.

### **2.2 Änderungen in § 5 Absatz 3, 1. Spiegelstrich**

Die Ergänzung berücksichtigt die Zielsetzung der gesetzlichen Änderung, die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch pflegende Angehörige zu stärken. Hierzu beraten die Krankenkassen die pflegenden Angehörigen, über die für die Dauer der stationären Rehabilitation gegebenen Unterstützungsmöglichkeiten zur Versorgung der pflegebedürftigen Person. Als Unterstützungsmöglichkeiten bestehen der Anspruch des pflegenden Angehörigen auf Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Mitaufnahme in derselben Einrichtung oder die Koordination der Versorgung der pflegebedürftigen Person durch die Krankenkasse mit der Pflegekasse.

### 2.3 Änderungen in § 6 Absatz 1 und 1a

Die Ergänzung berücksichtigt, dass pflegende Angehörige neben dem Anspruch auf die medizinische Rehabilitation auch einen Anspruch auf Versorgung der zu pflegenden Angehörigen haben, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut sollen gemeinsam mit der Versicherten oder dem Versicherten abwägen, ob Anhaltspunkte vorliegen, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des pflegenden Angehörigen entgegenstehen könnte. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint. Die Krankenkasse entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, über die Mitaufnahme der oder des zu pflegenden Angehörigen. Sofern eine Mitaufnahme der oder des zu pflegenden Angehörigen nicht in Betracht kommt, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse auf Wunsch der oder des Versicherten und mit Zustimmung der oder des zu pflegenden Angehörigen die Versorgung in einer anderen Einrichtung.

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

### 4. Bürokratiekostenermittlung

[...]

### 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
11.12.2018		Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals“ (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)
14.12.2018	UA VL	Aufnahme der Beratungen und Beauftragung der Arbeitsgruppe Re-RL
01.01.2019		Inkrafttreten der Änderungen in § 40 SG V
10.07.2019	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
TT.MM.2019	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
TT.MM.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie
TT.MM.2019		Nichtbeanstandung des BMG
TT.MM.2019		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.2019		Inkrafttreten

**6. Fazit**

[...]

Berlin, den TT. Monat 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 7.5 Auszug der Rehabilitations-Richtlinie zum Stellungnahmeverfahren

Fließtext zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie (Auszug), Stand: 18.06.2019

[...]

### § 2 Rechtliche Grundlagen

(1) <sup>1</sup>Die Grundlagen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX. <sup>2</sup>Den Grundsätzen „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ ist Rechnung zu tragen.

(2) Die Krankenkasse erbringt nach § 11 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit §§ 40 und 41 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung – auch unter rehabilitativer Zielsetzung – nicht ausreichen, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert und kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist.

(3) <sup>1</sup>Die Krankenkasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ambulanter einschließlich mobiler (§ 40 Absatz 1 SGB V) und stationärer (§ 40 Absatz 2 SGB V) Form in oder durch Einrichtungen, mit denen ein Vertrag unter Berücksichtigung des § 38 SGB IX besteht. <sup>2</sup>Die Krankenkasse erbringt auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der besonderen Form für Mütter oder Väter oder Mutter-Kind bzw. Vater-Kind (§ 41 SGB V). <sup>3</sup>Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V) auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind. Soweit pflegende Angehörige einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation haben, haben sie auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen.

(4) Die Krankenkasse erbringt auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der besonderen Form für Mütter oder Väter oder Mutter-Kind bzw. Vater-Kind (§ 41 SGB V).

(5) ~~(4)~~ <sup>1</sup>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auf Antrag der Versicherten erbracht (§ 19 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)). <sup>2</sup>Für das Antragsverfahren bei der Krankenkasse gelten die Regelungen der §§ 14 ff. SGB IX.

(6) ~~(5)~~ <sup>1</sup>Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse verordnet (§ 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 und 7 SGB V). <sup>2</sup>Unter Bezug auf die Entscheidungsbefugnis der Krankenkasse nach § 40 SGB V handelt es sich rechtlich um die Verordnung einer durch die Krankenkasse genehmigungspflichtigen Leistung. <sup>3</sup>Die Verordnung durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten ist nur zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie:

- gemäß der jeweils aktuell geltenden Psychotherapie-Richtlinie vorliegt oder
- gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt.

<sup>4</sup>Über die oben definierten Indikationsbereiche hinaus ist eine Verordnung auch dann zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2017<sup>1</sup> vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgt.

(7) ~~(6)~~ Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

(8) ~~(7)~~ Die Krankenkasse ist verpflichtet, die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Maßgabe des § 275 SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf der Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) prüfen zu lassen.

(9) ~~(8)~~ Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Ausführung wird den berechtigten Wünschen der Versicherten entsprochen (§ 8 Absatz 1 SGB IX). Die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind zu berücksichtigen.

[...]

### § 5 Rehabilitationsberatung

(1) <sup>1</sup>Der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht eine Beratung der Versicherten über die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation voraus, die es den Versicherten ermöglichen soll, selbstbestimmt und eigenständig zu entscheiden, welche in Betracht kommenden Leistungen sie beantragen. <sup>2</sup>Dabei wirken

<sup>1</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2017

Vertragsärztin, Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeut, Krankenkasse und Versicherte zusammen.<sup>3</sup>Bei der Beratung wird

- auf ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX,
- auf die Möglichkeit der Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger sowie gesondert auf das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 8 SGB IX hingewiesen.

<sup>3</sup>Die besonderen Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderungen sind im Rahmen der Beratung zu beachten. <sup>4</sup>Verfügbare Informationen und Entscheidungshilfen im Hinblick auf barrierefreie Leistungsangebote werden einbezogen.

(2) <sup>1</sup>Die Vertragsärztin, der Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut berät insbesondere,

- warum ihrer oder seiner Einschätzung nach die Maßnahmen der kurativen Versorgung nicht ausreichen, und
- über die Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

<sup>2</sup>Die Beratung richtet sich auch an die Personensorgeberechtigten.

(3) Die Krankenkasse berät insbesondere über

- Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie über alternative Leistungsangebote und die Leistungsausführung als Persönliches Budget **sowie Unterstützungsangebote der Krankenkasse für pflegenden Angehörige**,
- den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger,
- die Notwendigkeit der Antragsstellung, auch für mögliche weitere Teilhabeleistungen und
- den Ablauf des Antragsverfahrens nach den §§ 14 ff. SGB IX.

## § 6 Verfahren

(1) <sup>1</sup>Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet diese oder dieser mit Zustimmung der oder des Versicherten die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf dem Verordnungsformular Muster 61 Teile B bis D. <sup>2</sup>Dabei ist die medizinische Indikation anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen. **Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünscht, gibt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies auf der Verordnung an. Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.**

(1a) <sup>1</sup>Ergibt sich aus dem Beratungsgespräch einer Vertragspsychotherapeutin oder eines Vertragspsychotherapeuten, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind und die Versicherte oder der Versicherte diese in Anspruch nehmen will, verordnet diese oder dieser mit Zustimmung der oder des Versicherten die entsprechenden Leistungen auf dem Verordnungsformular Muster 61 Teile B bis D unter Berücksichtigung des § 2 Absatz 5 Satz 3. <sup>2</sup>Die Indikation ist anhand der in den §§ 8 bis 10 genannten Indikationskriterien transparent und nachvollziehbar darzulegen. <sup>3</sup>Dabei sind vertragsärztliche Angaben insbesondere zur Feststellung, dass Leistungen der kurativen Versorgung nicht allein ausreichend sind, zu weiteren rehabilitationsrelevanten Diagnosen, gegebenenfalls Risikofaktoren, den bisherigen ärztlichen Interventionen und anderen ärztlich veranlassten Leistungen einschließlich Arzneimitteltherapie heranzuziehen. <sup>4</sup>Auf Fremdbefunden beruhende Angaben sind im Verordnungsformular Muster 61 transparent zu machen. **Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünscht, gibt die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut dies auf der Verordnung an. Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.**

(2) <sup>1</sup>Sofern die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder den Vertragspsychotherapeuten nicht abschließend beurteilt werden kann oder eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse gewünscht wird, ist dies mit dem Verordnungsformular Muster 61 Teil A mitzuteilen. <sup>2</sup>Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin, den Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder den Vertragspsychotherapeuten durch Rücksendung des mit einem entsprechenden Vermerk versehenen Verordnungsformulars Muster 61 Teil A.

(3) Die Krankenkasse prüft nach Eingang des Verordnungsformulars Muster 61 (Teile A bis D oder Teile B bis D) abschließend ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.

[...]

## 7.6 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

### 7.6.1 Allgemein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
1.	<b>LAK</b>	Die landwirtschaftliche Alterskasse ist von der vorgesehenen Änderung der Rehabilitations-Richtlinie nicht unmittelbar betroffen. Aus unserer Sicht werden die Regelungen des PpSG durch die vorgesehenen Anpassungen der Reha-Richtlinie zutreffend aufgegriffen. Wir haben daher keine Einwände.	Kenntnisnahme	
2.	<b>BAGüS</b>	Keine Anmerkungen oder Hinweise.	Kenntnisnahme	
3.	<b>MGW</b>	Die Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk begrüßt die Umsetzung des PpSG in den Rehabilitations-Richtlinien.	Kenntnisnahme	
4.	<b>Fachverband Sucht</b>	[...] wir stimmen von Seiten des Fachverbandes Sucht e.V. den vorgeschlagenen Änderungen zu.	Kenntnisnahme	

### 7.6.2 Zu § 2 Absatz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
5.	<b>fdr+</b>	Grundsätzlich begrüßt der fdr+ den nunmehr geltenden Anspruch für pflegende Angehörige auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Auch die Möglichkeit der Unterbringung der pflegenden Angehörigen in der gleichen Einrichtung wie der/die Pflegebedürftige, erachten wir als sinnvoll.  Neben der hohen körperlichen und emotionalen Belastung, müssen sich pflegende Angehörige oft mit steigenden Kosten, vielfältigen administrativen Herausforderungen aber auch erheblichen Veränderungen im praktischen Alltag auseinandersetzen. Eine Bewältigungsstrategie könnte dabei ein erhöhter Suchtmittelkonsum (mit der	Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>Funktion der Entlastung) darstellen. Das beeinträchtigt nachweislich und in besonderem Maße die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit. Dem kann eine medizinische Rehabilitation entgegenwirken.</p> <p>Die klare Regelung in Bezug auf die Zuständigkeit (auch in Bezug auf die ggf. notwendige Koordination zwischen Krankenkasse und Pflegekasse) befinden wir als transparent und wichtig.</p> <p>Pflegende Angehörige könnten andernfalls bei der Beantragung bzw. Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation u.a. an Schnittstellenhürden/organisatorischen Hürden und Zuständigkeitsproblemen scheitern. Aufgrund ihrer bereits vorhandenen psychischen und physischen Belastung ist eine klare Regelung und ein transparentes Antragsverfahren hilfreich und erleichtert Zugangswege.</p>		
6.	<b>BeB</b>	<p>Satz 2: „Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V).“</p> <p>Der BeB begrüßt die geplante Änderung der Rehabilitations-Richtlinie in Anpassung an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen künftig für pflegende Angehörige zu gewährleisten, auch wenn ambulante Rehabilitationsmaßnahmen aus medizinischer Sicht ausreichen würden.</p> <p>Dies eröffnet Angehörigen von Pflegebedürftigen die Möglichkeit, notwendige Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, auf die sie ansonsten mit Rücksicht auf die zu pflegenden Personen möglicherweise verzichten würden.</p>	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.
7.		<p>Wie vom Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ausgeführt, ist jedoch bei Angehörigen von Menschen mit Behinderung dieselbe Problemlage zu erkennen. Denn auch in diesem Fall gestaltet sich für Angehörige die Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Rehabilitationsleistungen neben dem regulären Tagesablauf, der in der Regel stark von der Betreuung des Menschen mit Behinderung geprägt ist, schwierig und ist oftmals nicht praktikabel. Verstärkt wird das Bedürfnis einer entsprechenden Regelung für Angehörige von Menschen mit Behinderung noch dadurch, dass sich die erforderliche Betreuung oftmals über einen längeren Zeitraum (mitunter ein Leben lang) erstreckt, als bei älteren Menschen, die der Pflege bedürfen.</p>	Das PpSG stellt in seiner Regelung in § 40 Absatz 2 Satz 1 bis 3 SGB V ausdrücklich auf pflegende Angehörige und deren spezifische Belange ab. Eine Ausweitung des in Rede stehenden Anspruchs auf Angehörige von Menschen mit Behinderung ohne vergleichbaren Pflegebedarf wird durch die Regelung nicht eröffnet.	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>Zur Ausgestaltung eines entsprechenden Anspruchs auf stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Angehörige von Menschen mit Behinderung ist es aus Sicht des BeB jedoch notwendig, den hier zu betreuenden Kreis der Menschen mit Behinderung näher zu bestimmen. Dies resultiert aus der Tatsache, dass bei bestimmten Personengruppen von Menschen mit Behinderung, so z.B. solchen mit hohem Unterstützungsbedarf, zugleich auch eine Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften des SGB XI besteht. Für ihre Angehörigen wäre der vorgesehene § 2 Abs. 3 S. 2 der Rehabilitations-Richtlinie einschlägig und eine Ausweitung seines Regelungsinhalts entbehrlich.</p> <p>In allen anderen Fällen, in denen der zu betreuende Mensch mit Behinderung keine Pflegebedürftigkeit aufweist, fehlt für den Angehörigen eine Rechtsgrundlage, die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, unabhängig von aus medizinischer Sicht ausreichenden ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen wahrzunehmen. Der BeB regt für eine Ausweitung des in Rede stehenden Anspruchs auf Angehörige von Menschen mit Behinderung an, diese bislang nicht erfassten Fälle im Rahmen der vorliegenden Richtlinie zu konkretisieren.</p>		
8.	<b>CRK</b>	<p>Vorgesehene Änderung in § 3 [richtig: § 2 Absatz 3] Satz 4: Die Änderung sieht vor, dass die Krankenkasse des/der Versicherten sich mit der Pflegekasse des/der Pflegebedürftigen koordiniert, sofern der/die Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung als in der Rehabilitationseinrichtung des Versicherten aufgenommen werden soll.</p> <p>In Absatz 3 ist nach Satz 4 folgender Satz zu ergänzen: „<i>Dabei informiert und berät die Pflegekasse des/der Pflegebedürftigen über die zur Verfügung stehenden Angebote und unterstützt sie/ihn bei der Inanspruchnahme der gewählten Leistung.</i>“</p> <p>Es ist schwierig einen Kurzzeitpflegeplatz für pflegebedürftige Menschen während des krankheits- oder rehabilitationsbedingten Aufenthalts des pflegenden Angehörigen zu bekommen. Kranken- und Pflegekassen haben während des Reha-Aufenthalts des Versicherten einen diesbezüglichen Sicherstellungsauftrag und müssen in der Ausführung für die notwendige ersatzweise Versorgung der Pflegebedürftigen in die Pflicht genommen werden. Sie sollen den/die Versicherte/n und den/die Pflegebedürftige/n über alle zur Verfügung stehenden Versorgungsformen (z.B. auch Verhinderungspflege durch Pflegedienst oder weitere Angehörige außerhalb des Haus-</p>	Dem Vorschlag aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Die Rehabilitations-Richtlinie regelt das Verhältnis zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bzw. der Vertragspsychotherapeutin oder dem Vertragspsychotherapeuten, der oder dem Versicherten und der Krankenkassen. Entsprechend des Gesetzeswortlautes ist die Koordination mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen lediglich vorgesehen, wenn die Versorgung in einer anderen Einrichtung gewünscht wird.	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		halts der Versicherten etc.) informieren und beraten sowie bei der konkreten Inanspruchnahme der gewählten Versorgungsform während der Rehabilitation unterstützen. Dies ist in § 3 [richtig: § 2 Absatz 3] zu ergänzen.		
9.		<p>Es ist folgende Ergänzung in Satz 3 [richtig: Satz 4] erforderlich: Nach dem Wort „Krankenkasse“ werden die Wörter „des/der Versicherten“ ergänzt.</p> <p>Der/die rehabedürftige Versicherte/r und zu versorgende/r Pflegebedürftige/r können in zwei Krankenkassen versichert sein. Für die Eindeutigkeit ist in Satz 3 zu präzisieren, dass es sich um die Krankenkasse des Versicherten handelt.</p>	Dem Vorschlag aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da im Kontext der Rehabilitations-Richtlinie immer die oder der Versicherte (Rehabilitandin oder Rehabilitand) der Krankenkasse adressiert wird. Die gewählte Formulierung entspricht im Übrigen dem Gesetzeswortlaut.	Keine Änderung am BE.
10.	<b>CaSu</b>	<p>Vorgesehene Änderung in § 3 [richtig: § 2 Absatz 3] Satz 4, die vorsieht, dass die Krankenkasse des Versicherten sich mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen koordiniert, sofern der Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung als in der Rehabilitationseinrichtung des Versicherten aufgenommen werden soll. In § 3 soll nach Satz 4 folgender ergänzender Satz aufgenommen werden: <i>„Dabei informiert und berät die Pflegekasse des Pflegebedürftigen über die zur Verfügung stehenden Angebote und unterstützt sie/ihn bei der Inanspruchnahme der gewählten Leistung.“</i></p> <p>Des Weiteren ist in Satz 3 klarzustellen, dass es sich bei der Krankenkasse um die Krankenkasse des Versicherten handelt. Daher ist folgende Ergänzung in Satz 3 erforderlich: Nach dem Wort „Krankenkasse“ werden die Wörter „des Versicherten“ ergänzt.</p> <p>Da es beispielsweise schwierig ist, für pflegebedürftige Menschen während des krankheits- oder rehabilitationsbedingten Aufenthalts des pflegenden Angehörigen einen Kurzzeitpflegeplatz zu erlangen, müssen Kranken- und Pflegekassen in der Ausführung ihres diesbezüglichen Sicherstellungsauftrags der während des Aufenthalts des Versicherten in einer Rehabilitationseinrichtung notwendigen ersatzweisen Versorgung der Pflegebedürftigen in die Pflicht genommen werden. Sie sollen den/die Versicherte/n und den/die Pflegebedürftige/n über alle zur Verfügung stehenden Versorgungsformen (z.B. auch Verhinderungspflege durch Pflegedienst, weitere Angehörige außerhalb des Haushalts der Versicherten etc.) informieren und beraten</p>	siehe lfd. Nummer 8 und 9	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		sowie bei der konkreten Inanspruchnahme der gewählten Versorgungsform während der Rehabilitation unterstützen. Dies ist in § 3 zu ergänzen.		
11.	<b>DHS</b>	Grundsätzlich begrüßen die DHS und ihre Mitgliedsverbände den nunmehr geltenden Anspruch für pflegende Angehörige auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Auch die Möglichkeit der Unterbringung der pflegenden Angehörigen in der gleichen Einrichtung wie der/die Pflegebedürftige, erachten wir als sinnvoll. Neben der hohen körperlichen und emotionalen Belastung, müssen sich pflegende Angehörige oft mit steigenden Kosten, vielfältigen administrativen Herausforderungen aber auch erheblichen Veränderungen im praktischen Alltag auseinandersetzen. Eine Bewältigungsstrategie könnte dabei ein erhöhter Suchtmittelkonsum (mit der Funktion der Entlastung) darstellen. Das beeinträchtigt nachweislich und in besonderem Maße die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit. Dem kann eine medizinische Rehabilitation entgegenwirken.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.
12.		Die klare Regelung in Bezug auf die Zuständigkeit (auch in Bezug auf die ggf. notwendige Koordination zwischen Krankenkasse und Pflegekasse) befinden wir als transparent und wichtig. Pflegerische Angehörige könnten andernfalls bei der Beantragung bzw. Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation u.a. an Schnittstellenhürden/organisatorischen Hürden und Zuständigkeitsproblemen scheitern. Aufgrund ihrer bereits vorhandenen psychischen und physischen Belastung ist eine klare Regelung und ein transparentes Antragsverfahren hilfreich und erleichtert Zugangswege	Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.
13.	<b>DRK</b>	Satz 1: Die geplanten Ergänzungen der Rehabilitations-Richtlinie sind missverständlich. Es wird angeregt zur Klarstellung redaktionelle Anpassungen vorzunehmen. <i>„Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Soweit pflegende Angehörige einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation haben, haben sie auch Anspruch auf Versorgung der Pflegebedürftigen, <del>wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden.</del> Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die</i>	Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Die geplante Änderung der Rehabilitations-Richtlinie gibt den Gesetzeswortlaut wieder. Nur bei Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in dieselbe Einrichtung, sofern vom pflegenden Angehörigen gewünscht, hat der pflegende Angehörige einen Anspruch auf	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p><i>Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen.“</i></p> <p>Der Formulierung der Rehabilitations-Richtlinie ist zu entnehmen:</p> <p>a) ein ortsabhängiger Versorgungsanspruch für Pflegebedürftige zu entnehmen („wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden“) sowie</p> <p>b) <b>(nur?)</b> ein Koordinationsanspruch für die Aufnahme Pflegebedürftiger, wenn deren Versorgung außerhalb der selben Einrichtung erfolgen soll.</p> <p>Ob im Falle b) ein Versorgungsanspruch der Pflegebedürftigen (bei Annahme des Vorliegens aller weiteren Kriterien) besteht, können auch die Ausführungen in den „Tragenden Gründen“ nicht beantworten. Es stellt sich bspw. die Frage, ob eine Koordination durch die Krankenkasse nach Satz 2 die Übernahme der Versorgungskosten für die Pflegebedürftigen ausschließen würde bzw. ob die Versorgungskosten von den pflegenden Angehörigen/ den Pflegebedürftigen übernommen werden müssten? Das DRK nimmt einen grundsätzlichen ortunabhängigen Versorgungsanspruch an und schlägt daher zur besseren Verständlichkeit die Streichung der Passage „<b>wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden</b>“ vor.</p>	<p>Versorgung der oder des Pflegebedürftigen gegen die Krankenkasse. Sofern eine Versorgung nicht in derselben Einrichtung erfolgt, besteht der Anspruch gegen die Krankenkasse lediglich auf die Koordination der Versorgung zusammen mit der Pflegekasse. In diesem Fall ist die Übernahme der Versorgungskosten durch die Krankenkasse gesetzlich nicht vorgesehen.</p>	
14.	<b>Diakonie</b>	<p>§ 2 Abs. 3 S. 2: <i>„Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V).“</i> Die Diakonie Deutschland begrüßt es, dass die Rehabilitations-Richtlinie an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz angepasst wird.</p> <p>Besondere Bedeutung kommt dem Sachverhalt zu, dass die Krankenkasse nun stationäre Rehabilitation unabhängig davon erbringt, ob eine ambulante Rehabilitation ausreicht. Damit wird das sog. „gestufte Prinzip“ durchbrochen. Dies eröffnet Angehörigen von Pflegebedürftigen die Möglichkeit, notwendige Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, auf die sie ansonsten mit Rücksicht auf die zu pflegenden Personen möglicherweise verzichten würden.</p>	Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.
15.		<p>Die geplante Formulierung in der Richtlinie wird der Intention des Gesetzgebers, wie sie im SGB V Ausdruck gefunden hat, jedoch nicht gerecht. In § 40 Abs. 2 heißt es: „Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht“. Mit dieser Formulierung wird deutlicher als im Richtlinienentwurf ausgesagt, dass unabhängig davon, ob eine</p>	Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Die geplante Änderung der Rehabilitations-Richtlinie berücksichtigt die Zielsetzung des PpSG, dass bei	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		ambulante Leistung ausreicht, pflegende Angehörige einen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation haben. Um Missverständnisse nicht auftreten zu lassen, bittet die Diakonie Deutschland darum, die Formulierung in der Richtlinie eng an dem Gesetzestext zu orientieren: „Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unabhängig davon, ob eine ambulante Leistung ausreicht“.	Vorliegen der Rehabilitationsindikation der Zugang zu einer stationären Rehabilitation erleichtert wird, indem der Grundsatz „ambulant vor stationär“ für pflegende Angehörige keine Anwendung findet.	
16.		Die Diakonie bittet darum, kritisch zu prüfen, ob das Formularwesen (Muster 61) für die Reha dieses Personenkreises geeignet ist.	Das Muster 61 ist nicht Gegenstand der Beratungen innerhalb des G-BA.	

### 7.6.3 Zu § 2 Absatz 9

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
17.	<b>BAR</b>	Zu § 2 Abs. 9 (Abs. 8 bisheriger Fassung) Satz 2 neu: (zumindest) Wortumstellung wie folgt: „Die besonderen Belange pflegender Angehöriger <b>sind</b> bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen.“ Aus der jetzigen Formulierung geht nicht eindeutig hervor, dass es um eine Entscheidung geht, bei der pflegende Angehörige die medizinische Rehabilitation erhalten. Solches ist nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ selbstverständlich aber auch für die zu pflegende Person ebenso denkbar.	Dem redaktionellen Hinweis aus der Stellungnahme wird gefolgt.	Änderung am BE wie vorgeschlagen.
18.	<b>fdr+</b>	Die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts ist sehr zu begrüßen, insbesondere in Bezug auf die spezifischen Belange der pflegenden Angehörigen. Jedoch ist die Formulierung „ <i>berechtigte Wünsche</i> “ intransparent und sollte konkretisiert werden. Zur Förderung und Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der Leistungsberechtigten ist die Gewährleistung und Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts grundlegend. Den Leistungsberechtigten sollte, insbesondere unter Berücksichtigung ihrer belastenden Situation, der Zugang zur medizinischen Rehabilitation transparent und verständlich erklärt (barrierefrei) ermöglicht werden.	Dem Vorschlag aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. § 2 Absatz 9 (neu) Satz 1 war nicht Gegenstand der geplanten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie sowie des Stellungnahmeverfahrens.	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
19.	DHS	Die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts ist sehr zu begrüßen, insbesondere in Bezug auf die spezifischen Belange der pflegenden Angehörigen. Jedoch ist die Formulierung „berechtigte Wünsche“ intransparent und sollte konkretisiert werden. Zur Förderung und Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der Leistungsberechtigten ist die Gewährleistung und Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts grundlegend. Den Leistungsberechtigten sollte, insbesondere unter Berücksichtigung ihrer belastenden Situation, der Zugang zur medizinischen Rehabilitation transparent und verständlich erklärt (barrierefrei) ermöglicht werden.	siehe lfd. Nummer 18	

#### 7.6.4 Zu § 5 Absatz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
20.	BAR	Zu § 5 Abs. 3, 1. Spiegelstrich: Ergänzung und Korrektur wie folgt: „[...] sowie <b>gegebenenfalls auch über zusätzliche</b> Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige“ Auch mit Blick auf § 2 Abs. 9 Satz 2 wird damit noch besser deutlich, dass die Beratung der Krankenkasse gegenüber pflegenden Angehörigen sich neben derjenigen zur Rehabilitation ebenso auch auf weitere – zusätzliche – Unterstützungsangebote für diese beziehen kann.	Dem Vorschlag aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da durch diese Ergänzung eher eine Einschränkung erfolgen würde.	Keine Änderung am BE.
21.	fdr+	Unterstützungsangebote der Krankenkasse für pflegende Angehörige, im Rahmen der Beratung, aufzuzeigen, entspricht einer bedarfsgerechten und zielgruppenspezifischen Maßnahme und wird als sinnvoll erachtet. Die besonderen Bedarfe pflegender Angehöriger müssen auch im Rahmen der Beratung über Unterstützungsangebote durch die Krankenkassen berücksichtigt werden. Diese werden durch die Änderung hervorgehoben.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.
22.	DHS	Unterstützungsangebote der Krankenkasse für pflegende Angehörige, im Rahmen der Beratung, aufzuzeigen, entspricht einer bedarfsgerechten und zielgruppenspezifischen Maßnahme und wird als sinnvoll erachtet. Die besonderen Bedarfe pflegen-	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		der Angehöriger müssen auch im Rahmen der Beratung über Unterstützungsangebote durch die Krankenkassen berücksichtigt werden. Diese werden durch die Änderung hervorgehoben.		

### 7.6.5 Zu § 6 Absatz 1 und 1a

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
23.	fdr+	<p>Im Rahmen der Beratung durch die Krankenkasse, kann nunmehr abgewogen werden, ob eine Mitaufnahme der/des pflegenden Angehörigen gewünscht wird und den Rehabilitationserfolg (beider) fördert. Die damit einhergehende sicherzustellende Versorgung des/der zu Pflegenden, welche absolut logisch und sinnvoll ist, kann jedoch durch Fachkliniken für abhängigkeitskranke Menschen unter den bisherigen Rahmenbedingungen kaum geleistet werden (siehe Begründung).</p> <p>Somit müssen bei einer Mitaufnahme und Versorgung des/der Pflegebedürftigen, in eine Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitskranke, entsprechende einzelvertragliche Vereinbarungen (auch zur Vergütung) zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger ermöglicht werden, sodass bedarfsgerecht sowohl Personalstellen als auch Ausstattung vorgehalten werden können. Im Bereich der Pflege besteht seit Langem ein akuter Fachkräftemangel, dieser betrifft auch die Fachkliniken für Abhängigkeitskranke. Das in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) erzielt die Gewinnung von Pflegekräften für die Arbeit in Krankenhäusern und in Pflegeheimen. Dazu wurden finanzielle Mittel sowohl zur Schaffung von Personalstellen zur Verfügung gestellt als auch zum (teil- bzw. vollumfänglichen) Ausgleich zusätzlicher Tarifsteigerungen. Völlig unberücksichtigt blieben dabei die zahlreichen Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke, in welchen bundesweit ca. 30.000 Pflegekräfte tätig sind. Somit ist davon auszugehen, dass Fachkräfte/Pflegekräfte, aufgrund einer finanziellen Besserstellung, in o.g. Einrichtungen „wechseln“ bzw. aus diesen gezielt abgeworben werden. D.h. dass den Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen kein ausreichendes Pflegepersonal zur Gewährleistung der Versorgung zur Verfügung steht, das bezieht sich auch auf Facharzt*Innen und Therapeut*innen. Weiterhin ist die notwendige Pflegeausstattung und -struktur (Pflegebetten, Hebevorrichtungen etc.) kaum gegeben.</p>	Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
24.	CKR	<p>Diese sehen vor, dass für Versicherte, die Mitaufnahme des / der zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünschen, der Vertragsarzt / die Vertragsärztin bzw. der Vertragspsychotherapeut / die Vertragspsychotherapeutin dies auf der Verordnung angeben. Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben. § 6a) und 1a) ist [richtig: § 6 Absatz 1 und 1a] dahingehend zu präzisieren, dass der Vertragsarzt/die Vertragsärztin bzw. der Vertragspsychotherapeut/die Vertragspsychotherapeutin bei der Beratung und Erörterung zur Mitaufnahme oder Nicht-Mitnahme der zu Pflegenden in dieselbe Einrichtung mit dem/r Versicherte/n alle Versorgungsformen der zu pflegenden Personen unter Würdigung der persönlichen, sozialen, familiären und organisatorischen Umstände gleichrangig und begründungsfrei prüfen soll. § 6 1) und 1a) [richtig: § 6 Absatz 1 und 1a] ist wie folgt zu ändern: „Auf der Verordnung ist die im Einzelfall gewünschte Versorgungsform der zu pflegenden Person während des Aufenthalts des Versicherten in der Rehabilitationseinrichtung anzugeben“.</p> <p>Für pflegende Angehörige stehen verschiedene stationäre Leistungsformen zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitation alleine in einer Klinik nach § 111 SGB V</li> <li>- oder in eine Klinik nach § 111a SGBV,</li> <li>- Rehabilitation unter Mitaufnahme des/der Angehörigen in die gleiche Einrichtung,</li> <li>- Rehabilitation bei Unterbringung des/der Angehörigen in anderer Einrichtung.</li> </ul> <p>Für pflegende Angehörige sind hohe emotionale und organisatorische Zugangshürden wissenschaftlich belegt. Deshalb sollte in keiner Weise im Antrags-/Verordnungs-Verfahren ein Druck aufgebaut werden, erklären zu müssen, warum ggf. eine gesundheitliche Maßnahme nur für sich selbst und ohne Mitaufnahme der Pflegebedürftigen gewünscht wird</p> <p>Wenn nur die beiden Ankreuzmöglichkeiten bestehen „Mitaufnahme in derselben Einrichtung“ oder „Mitnahme steht Reha-Erfolg entgegen“, wird Mitaufnahme „durch die Hintertür“ zum „Hauptmodell“ erklärt. Auf dem Ordnungsformular muss es auch die grundsätzliche Möglichkeit des Ankreuzens von „Nicht-Mitnahme“ – auch ohne die Notwendigkeit, dass die Mitaufnahme den Reha-Erfolg gefährden könnte – geben.</p>	<p>Kenntnisnahme. Dem Vorschlag aus der Stellungnahme, die gewünschte Versorgungsform der zu pflegenden Person auf der ärztlichen Verordnung zu dokumentieren, wird nicht gefolgt, da</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Rehabilitations-Richtlinie hier nicht das Verhältnis zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bzw. der Vertragspsychotherapeutin oder dem Vertragspsychotherapeuten und der oder des Pflegebedürftigen regelt,</li> <li>- das Gesetz, sofern eine Versorgung nicht durch die Mitaufnahme erfolgt, ausschließlich auf die Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung abstellt und der oder dem Pflegebedürftigen allein das Recht zur Einwilligung in die Koordination einräumt.</li> </ul> <p>Aufgrund weiterer Hinweise aus der Stellungnahme wird mit dem Ziel das Ordnungsverfahren bei pflegenden Angehörigen eindeutig abzubilden, die nachfolgend klarstellende Ergänzung in § 6 Absatz 1 und 1a aufgenommen: „oder die Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung“</p>	<p>Änderung am BE wie folgt: In Abschnitt I. Nummer 3 Buchstabe a und b werden jeweils nach dem Wort „Einrichtung“ die Wörter „oder die Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung“ eingefügt.</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>Zudem ist der Wunsch für eine bestimmte Versorgungsform nur bedingt eine medizinische und somit vertragsärztlich zu beurteilende Frage. Soziale und familiäre Bedingungen, organisatorische Bedingungen, persönliche Präferenzen, Erfahrungen und Mehr spielen in diese Entscheidungen herein.</p> <p>Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sollen alle Möglichkeiten mit den Versicherten erörtern und abwägen. Zudem soll der / die Versicherte die Möglichkeit haben, gegenüber seiner Krankenkasse seine Wünsche auch gesondert mitzuteilen, ggf. auch im Kontakt mit weiteren beteiligten Beratungs- / Sozial- / Pflegediensten.</p> <p>Wichtig ist, dass die Krankenversicherung auch die abseits der Verordnung in anderer Weise vorgebrachten persönlichen berechtigten Wünsche nach § 9 Satz 1 der Reha-Richtlinie in die Entscheidung mit einbeziehen und dort berücksichtigen muss.</p> <p>Deshalb sollte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ein wertfreies Ankreuzen unter verschiedenen Möglichkeiten vorgesehen werden, die neben der Mitaufnahme auch die gewünschte Versorgungsform bei Nichtmitaufnahme ausweist und ob Koordinierung gewünscht wird.</li> <li>- alternativ eine Erklärung der Versicherten ausreicht. Hierfür sollte ein Antragsbogen entwickelt werden/oder Antragsbögen der Versicherungen angepasst werden.</li> <li>- es muss hinterlegt werden können, welche Einrichtungsform (§ 111 Klinik; § 111a Klinik) gewünscht wird.</li> </ul>		
25.	<b>CaSu</b>	<p>Vorgesehene Änderungen § 6 Abs. 1 und Abs. 1a. Diese sehen vor: Sofern Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünscht, gibt die Vertragsärztin bzw. Vertragspsychotherapeutin dies auf der Verordnung an. Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.</p> <p>§ 6 Abs. 1 und Abs. 1a sollten dahingehend geändert werden, dass die Vertragsärztin bzw. Vertragspsychotherapeutin bei der Beratung und Erörterung zur Mitaufnahme oder Nicht-Mitnahme der zu Pflegenden in dieselbe Einrichtung mit dem/r Versicherte/n alle Versorgungsformen der zu pflegenden Personen unter Würdigung der persönlichen, sozialen, familiären und organisatorischen Umstände gleichrangig und begründungsfrei prüfen soll.</p>	siehe lfd. Nummer 24	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>§ 6 Abs. 1 und Abs. 1a sollte wie folgt geändert werden: „Auf der Verordnung ist die im Einzelfall gewünschte Versorgungsform der zu pflegenden Person während des Aufenthalts des Versicherten in der Rehabilitationseinrichtung anzugeben.“</p> <p>Für pflegende Angehörige stehen verschiedene stationäre Leistungsformen zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitation alleine in einer Klinik nach § 111 SGB V,</li> <li>- oder in eine Klinik nach § 111a SGBV,</li> <li>- Rehabilitation unter Mitnahme Angehöriger in die gleiche Einrichtung,</li> <li>- Rehabilitation bei Unterbringung Angehöriger in anderer Einrichtung.</li> </ul> <p>Der Wunsch für die eine oder andere Versorgungsform ist nur bedingt eine medizinische und somit vertragsärztlich zu beurteilende Frage. Soziale und familiäre Bedingungen, organisatorische Bedingungen, persönliche Präferenzen, Erfahrungen und vieles Mehr spielen in diese Entscheidungen hinein. Wichtig ist, dass die Krankenversicherung auch die abseits der Verordnung in anderer Weise vorgebrachten persönlichen berechtigten Wünsche nach § 12 Satz 1 der Reha-Richtlinie in die Entscheidung mit einbeziehen und dort berücksichtigen muss. Wenn nur die beiden Ankreuzmöglichkeiten bestehen „Mitaufnahme in derselben Einrichtung“ oder „Mitnahme steht Reha-Erfolg entgegen“, wird das Modell Mitnahme „durch die Hintertür“ zum „Hauptmodell“ erklärt. Auf dem Verordnungsformular muss es auch die grundsätzliche Möglichkeit des Ankreuzens von „Nicht-Mitaufnahme“- auch ohne die Notwendigkeit, dass die Mitaufnahme den Rehabilitationserfolg gefährden könnte - geben. Vertragsärzte sollen alle Möglichkeiten mit den Versicherten erörtern und abwägen. Zudem soll der Versicherte die Möglichkeit haben, gegenüber seiner Krankenkasse seine Wünsche ggf. auch gesondert mitzuteilen, ggf. auch im Kontakt mit weiteren beteiligten Beratungs-/Sozial-/ Pflegediensten.</p> <p>Es sollte ein wertfreies Ankreuzen unter verschiedenen Möglichkeiten vorgesehen werden, dass neben der Mitaufnahme auch die gewünschte Versorgungsform bei Nicht-Mitaufnahme ausweist, wie z.B. ob Koordinierung gewünscht, weil andere Unterbringung zu Hause möglich, ob kein Koordinierungsbedarf erforderlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sollte eine evtl. Erklärung der Versicherten genauso ausreichen. Hierfür sollte ein Antragsbogen entwickelt werden/oder Antragsbögen der Versicherungen angepasst werden.</li> </ul>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
		<p>- es muss hinterlegt werden können, welche Einrichtungsform (§ 111 Klinik; § 111a Klinik) gewünscht wird.</p> <p>Für die Zielgruppe sind hohe emotionale und organisatorische Zugangshürden wissenschaftlich belegt. Deshalb sollte in keiner Weise im Antrags-/Verordnungs-Verfahren ein Druck auf pflegende Angehörige aufgebaut werden, indem sie sich erklären müssen warum sie ggf. eine gesundheitliche Maßnahme nur für sich selbst und ohne Mitnahme beanspruchen.</p>		
26.	<b>DHS</b>	<p>Im Rahmen der Beratung durch die Krankenkasse, kann nunmehr abgewogen werden, ob eine Mitaufnahme der/des pflegenden Angehörigen gewünscht wird und den Rehabilitationserfolg (beider) fördert. Die damit einhergehende sicherzustellende Versorgung des/der zu Pflegenden, welche absolut logisch und sinnvoll ist, kann jedoch durch Fachkliniken für abhängigkeitskranke Menschen unter den bisherigen Rahmenbedingungen kaum geleistet werden (siehe Begründung). Somit müssen bei einer Mitaufnahme und Versorgung des/der Pflegebedürftigen, in eine Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitskranke, entsprechende einzelvertragliche Vereinbarungen (auch zur Vergütung) zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger ermöglicht werden, sodass bedarfsgerecht sowohl Personalstellen als auch Ausstattung vorgehalten werden können.</p> <p>Im Bereich der Pflege besteht seit Langem ein akuter Fachkräftemangel, dieser betrifft auch die Fachkliniken für Abhängigkeitskranke. Das in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) erzielt die Gewinnung von Pflegekräften für die Arbeit in Krankenhäusern und in Pflegeheimen. Dazu wurden finanzielle Mittel sowohl zur Schaffung von Personalstellen zur Verfügung gestellt als auch zum (teil- bzw. vollumfänglichen) Ausgleich zusätzlicher Tarifsteigerungen. Völlig unberücksichtigt blieben dabei die zahlreichen Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke, in welchen bundesweit ca. 30.000 Pflegekräfte tätig sind. Somit ist davon auszugehen, dass Fachkräfte/Pflegekräfte, aufgrund einer finanziellen Besserstellung, in o.g. Einrichtungen „wechseln“ bzw. aus diesen gezielt abgeworben werden. D.h. dass den Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen kein ausreichendes Pflegepersonal zur Gewährleistung der Versorgung zur Verfügung steht, das bezieht sich auch auf Fachärzt*innen und Therapeut*innen. Weiterhin ist die notwendige Pflegeausstattung und -struktur (Pflegebetten, Hebevorrichtungen etc.) kaum gegeben.</p>	Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf (BE)
27.	<b>MGW</b>	<p>Wir halten die geplanten Ergänzungen im § 6 Abs. 1 und 1a für nicht ausreichend und schlagen folgende zusätzliche Ergänzungen vor:</p> <p>Abs. 1 neuer Satz 5 und Abs. 1a neuer Satz 7</p> <p><i>„Bei der Beratung zur Nicht-Mitaufnahme oder Mitaufnahme der/des zu Pflegenden in dieselbe Einrichtung werden mit der/dem Versicherten weitere mögliche Versorgungsformen für die/ den zu Pflegenden unter Berücksichtigung der persönlichen, familiären und sozialen Gegebenheiten und Wünsche gleichrangig und begründungsfrei erörtert.“</i></p> <p>Abs. 1 neuer Satz 6 und Abs. 1a neuer Satz 8:</p> <p><i>„Auf der Verordnung ist die im Einzelfall gewünschte Versorgungsform der/des zu Pflegenden während des Aufenthaltes der/des Versicherten in der Rehabilitationseinrichtung anzugeben.“</i></p> <p>Pflegende Angehörige sind im familiären Rahmen ggf. 24 Std. physisch und psychisch im Einsatz, sind in besonderen psychosozialen familiären Belastungssituationen und "Sorge/Abhängigkeitsverhältnissen", die vielfältig sind und weit über die organisatorische "Pflege" hinausgehen. Deshalb sind bei der Entscheidungsfindung die persönlichen, familiären und sozialen Umstände zu berücksichtigen.</p> <p>Für die Zielgruppe sind hohe emotionale und organisatorische Zugangshürden wissenschaftlich belegt. Deshalb sollte in keiner Weise im Antrags-/Verordnungs-Verfahren ein Druck auf pflegende Angehörige aufgebaut werden, indem sie sich erklären müssen warum sie ggf. eine gesundheitliche Maßnahme nur für sich selbst und ohne Mitnahme der/des zu pflegenden Angehörigen beanspruchen.</p> <p>Wichtig ist, dass die Krankenversicherung auch die abseits der Verordnung in anderer Weise vorgebrachten persönlichen berechtigten Wünsche nach § 12 Satz 1 der Reha-Richtlinie in die Entscheidung mit Einbeziehen und dort berücksichtigen muss.</p> <p>Wenn in der Verordnung nur die beiden Möglichkeiten „Mitnahme in derselben Einrichtung“ oder „Mitnahme steht Reha-Erfolg entgegen“, angegeben werden sollen, wird das „Mitnahme-Model“ schnell zum „Hauptmodell“ erklärt. Vertragsärzte/-ärztinnen sollen alle Möglichkeiten mit den Versicherten abwägen, die/der Versicherte ihre/seine Wünsche und Bedingungen ggf. auch gesondert mitteilen, ggf. auch auf im Kontakt mit weiteren beteiligten Beratungs-/Sozial-/ und Pflegediensten. Das „Mit-</p>	<p>Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag zu § 6 Absatz 1 neuer Satz 5 und Absatz 1a neuer Satz 7 aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da durch die gesetzliche Änderung der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bzw. der Vertragspsychotherapeutin oder dem Vertragspsychotherapeuten keine umfangreichen Beratungspflichten übertragen wurden. Gleichwohl wird in den Tragenden Gründen verdeutlicht, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut gemeinsam mit der oder dem Versicherten die Versorgung der oder des Pflegebedürftigen erörtern. Insbesondere erfolgt eine gemeinsame Abwägung, ob die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg entgegenstehen würde.</p> <p>Im Übrigen siehe lfd. Nummer 24.</p>	<p>Keine Änderung im BE zum Vorschlag § 6 Absatz 1 neuer Satz 5 und Absatz 1a neuer Satz 7.</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf (BE)
		nahme-Model“ ist zwar das „gesetzlich Neue“, es gibt aber viele Versorgungskonstellationen (ggf. auch Weiterpflege in der Häuslichkeit durch andere Angehörige etc. und die gilt es ebenso zu berücksichtigen.		
28.		<p>Ergänzungen im Verordnungsformular Muster 61 Teile B – D: Einfügung eines extra Feldes für pflegende Angehörige mit Ankreuzmöglichkeiten, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die/der zu Pflegende wird in der Kurzzeitpflege betreut.</li> <li>- Der/die zu Pflegende wird zu Hause von Angehörigen betreut.</li> <li>- Der/die zu Pflegende soll zu Hause betreut werden, die Betreuung ist zu klären.</li> <li>- Der/die zu Pflegende soll in der Einrichtung der/des Versicherten mitaufgenommen werden.</li> </ul> <p>Aufnahme der pflegenden Angehörigen als eigene Zielgruppe und Einfügung eines Ankreuzfelds unter VI. Zuweisung auf dem Verordnungsformular Teil D, mit dem Zusatz die gewünschte Einrichtungsform (Klinik nach § 111 oder Klinik nach § 111a) zu benennen.</p>	Das Muster 61 ist nicht Gegenstand der Beratungen innerhalb des G-BA.	
29.	<b>DRK</b>	<p>„Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünscht, gibt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies auf der Verordnung an. Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies <b>mit der versicherten Person zu besprechen und auf der Verordnung anzugeben.</b>“</p> <p>In dem neu eingefügten Textteil trifft der Wunsch des Versicherten auf die fachliche Einschätzung des Vertragsarztes, des Vertragspsychotherapeuten. Beides wird in der Praxis nicht immer übereinstimmen, was zu einer Konfliktlage führen und den Rehabilitationserfolg noch vor Antritt der Rehabilitation beeinträchtigen kann.</p> <p>Die beschriebene Experteneinschätzung des Vertragsarztes/des Vertragspsychotherapeuten ist daher nicht nur zu treffen, sondern dem davon betroffenen Versicherten, mit dem Ziel ein Einverständnis zu erreichen, auch ausreichend zu erklären.</p>	Dem Ergänzungsvorschlag aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da bereits in den Tragenden Gründen ausgeführt wird, dass eine gemeinsame Abwägung darüber erfolgt, ob die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg entgegenstehen würde.	Keine Änderung am BE.

## 7.7 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen

Sehr geehrter Herr Hellbardt,

wir bedanken uns für die Gelegenheit, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zur beabsichtigten Änderung der Rehabilitations-Richtlinie Stellung nehmen zu können.

Gerne möchten wir hierzu die beiden folgenden Änderungsvorschläge unterbreiten:

Zu **§ 2 Abs. 9** (Abs. 8 bisheriger Fassung) **Satz 2** neu:

(zumindest) Wortumstellung wie folgt: „Die besonderen Belange pflegender Angehöriger sind bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen.“

**Begründung:**

Aus der jetzigen Formulierung geht nicht eindeutig hervor, dass es um eine Entscheidung geht, bei der pflegende Angehörige die medizinische Rehabilitation erhalten. Solches ist nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ selbstverständlich aber auch für die zu pflegende Person ebenso denkbar.

Zu **§ 5 Abs. 3, 1.** Spiegelstrich:

Ergänzung und Korrektur wie folgt: „... sowie gegebenenfalls auch über zusätzliche Unterstützungsangebote für pflegende\_ Angehörige“

**Begründung:**

Auch mit Blick auf § 2 Abs. 9 Satz 2 wird damit noch besser deutlich, dass die Beratung der Krankenkasse gegenüber pflegenden Angehörigen sich neben derjenigen zur Rehabilitation ebenso auch auf weitere – zusätzliche – Unterstützungsangebote für diese beziehen kann.

Über eine Berücksichtigung unserer Änderungsvorschläge würden wir uns freuen.

Mit freundlichen Grüßen

i.A.

Dr. iur. Th. Stähler

Team Reha- u. Teilhaberecht

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)

Telefon: 0 69 605018-19

Telefax: 0 69 605018-28

E-Mail: [thomas.staehler@bar-frankfurt.de](mailto:thomas.staehler@bar-frankfurt.de)

Internet: [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) | Solmsstraße 18 | Gebäude E | 60486 Frankfurt am Main  
Geschäftsführerin: Prof. Dr. Helga Seel | Vereinsregister VR 13893 beim Amtsgericht Frankfurt am Main

\*\*\*\*\*  
\*  
\*\*\*\*\*  
\*  
\*  
Diese Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser Mail sind nicht gestattet.  
\*\*\*\*\*  
\*  
\*\*\*\*\*  
\*  
\*\*\*\*\*

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

<p><b>Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr*)</b> Gierkezeile 39 10585 Berlin</p>	
<p><b>6. September 2019</b></p>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>§2 Absatz 3</b> Grundsätzlich begrüßt der fdr+ den nunmehr geltenden Anspruch für pflegende Angehörige auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Auch die Möglichkeit der Unterbringung der pflegenden Angehörigen in der gleichen Einrichtung wie der/die Pflegebedürftige, erachten wir als sinnvoll.</p> <p>Die klare Regelung in Bezug auf die Zuständigkeit (auch in Bezug auf die ggf. notwendige Koordination zwischen Krankenkasse und Pflegekasse) befinden wir als transparent und wichtig.</p>	<p>Neben der hohen körperlichen und emotionalen Belastung, müssen sich pflegende Angehörige oft mit steigenden Kosten, vielfältigen administrativen Herausforderungen aber auch erheblichen Veränderungen im praktischen Alltag auseinandersetzen. Eine Bewältigungsstrategie könnte dabei ein erhöhter Suchtmittelkonsum (mit der Funktion der Entlastung) darstellen. Das beeinträchtigt nachweislich und in besonderem Maße die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit. Dem kann eine medizinische Rehabilitation entgegenwirken.</p> <p>Pflegende Angehörige könnten andernfalls bei der Beantragung bzw. Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation u.a. an Schnittstellenhürden/organisatorischen Hürden und Zuständigkeitsproblemen scheitern. Aufgrund ihrer bereits vorhandenen psychischen und physischen Belastung ist eine klare Regelung und ein transparentes Antragsverfahren hilfreich und erleichtert Zugangswege.</p>
<p><b>§2 Absatz 9</b> Die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts ist sehr zu begrüßen, insbesondere in Bezug auf die spezifischen Belange der pflegenden Angehörigen. Jedoch ist die Formulierung „berechtigter Wünsche“ intransparent und sollte konkretisiert werden.</p>	<p>Zur Förderung und Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der Leistungsberechtigten ist die Gewährleistung und Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts grundlegend.</p> <p>Den Leistungsberechtigten sollte, insbesondere unter Berücksichtigung ihrer belastenden Situation, der Zugang zur medizinischen Rehabilitation transparent und verständlich erklärt (barrierefrei) ermöglicht werden.</p>
<p><b>§5 Absatz 3</b> Unterstützungsangebote der Krankenkasse für pflegende Angehörige, im Rahmen der Beratung, aufzuzeigen, entspricht einer</p>	<p>Die besonderen Bedarfe pflegender Angehöriger müssen auch im Rahmen der Beratung über Unterstützungsangebote durch die Krankenkassen berücksichtigt werden. Diese werden durch die Änderung hervorgehoben.</p>



<b>Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr<sup>+</sup>)</b> <b>Gierkezeile 39</b> <b>10585 Berlin</b>	
<b>6. September 2019</b>	
bedarfsgerechten und zielgruppenspezifischen Maßnahme und wird als sinnvoll erachtet.	
<b>§6 Absatz 1 und 1a</b> Im Rahmen der Beratung durch die Krankenkasse, kann nunmehr abgewogen werden, ob eine Mitaufnahme der/des pflegenden Angehörigen gewünscht wird und den Rehabilitationserfolg (beider) fördert. Die damit einhergehende sicherzustellende Versorgung des/der zu Pflegenden, welche absolut logisch und sinnvoll ist, kann jedoch durch Fachkliniken für abhängigkeitskranke Menschen unter den bisherigen Rahmenbedingungen kaum geleistet werden (siehe Begründung). Somit müssen bei einer Mitaufnahme und Versorgung des/der Pflegebedürftigen, in eine Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitskranke, entsprechende einzelvertragliche Vereinbarungen (auch zur Vergütung) zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger ermöglicht werden, sodass bedarfsgerecht sowohl Personalstellen als auch Ausstattung vorgehalten werden können.	Im Bereich der Pflege besteht seit Langem ein akuter Fachkräftemangel, dieser betrifft auch die Fachkliniken für Abhängigkeitskranke. Das in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) erzielt die Gewinnung von Pflegekräften für die Arbeit in Krankenhäusern und in Pflegeheimen. Dazu wurden finanzielle Mittel sowohl zur Schaffung von Personalstellen zur Verfügung gestellt als auch zum (teil- bzw. vollumfänglichen) Ausgleich zusätzlicher Tarifsteigerungen. Völlig unberücksichtigt blieben dabei die zahlreichen Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke, in welchen bundesweit ca. 30.000 Pflegekräfte tätig sind. Somit ist davon auszugehen, dass Fachkräfte/Pflegekräfte, aufgrund einer finanziellen Besserstellung, in o.g. Einrichtungen „wechseln“ bzw. aus diesen gezielt abgeworben werden. D.h. dass den Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen kein ausreichendes Pflegepersonal zur Gewährleistung der Versorgung zur Verfügung steht, das bezieht sich auch auf Fachärzt*innen und Therapeut*innen. Weiterhin ist die notwendige Pflegeausstattung und -struktur (Pflegebetten, Hebevorrichtungen etc.) kaum gegeben.

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

<p><b>Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu)</b>  <b>Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband</b>  <b>in Abstimmung mit dem Deutschen Caritasverband e.V. (DCV)</b></p>	
<p><b>Freiburg, 17.09.2019</b></p>	
<p><b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b></p>	<p><b>Begründung</b></p>
<p>Vorgesehene Änderung in § 3 Satz 4, die vorsieht, dass die Krankenkasse des Versicherten sich mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen koordiniert, sofern der Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung als in der Rehabilitationseinrichtung des Versicherten aufgenommen werden soll</p> <p>In § 3 soll nach Satz 4 folgender ergänzender Satz aufgenommen werden:          „Dabei informiert und berät die Pflegekasse des Pflegebedürftigen über die zur Verfügung stehenden Angebote und unterstützt sie/ihn bei der Inanspruchnahme der gewählten Leistung“.</p> <p>Des Weiteren ist in Satz 3 klarzustellen, dass es sich bei der Krankenkasse um die Krankenkasse des Versicherten handelt.</p> <p>Daher ist folgende Ergänzung in Satz 3 erforderlich: Nach dem Wort „Krankenkasse“ werden die Wörter „des Versicherten“ ergänzt.</p>	<p>Da es beispielsweise schwierig ist, für pflegebedürftige Menschen während des krankheits- oder rehabilitationsbedingten Aufenthalts des pflegenden Angehörigen einen Kurzzeitpflegeplatz zu erlangen, müssen Kranken- und Pflegekassen in der Ausführung ihres diesbezüglichen Sicherstellungsauftrags der während des Aufenthalts des Versicherten in einer Rehabilitationseinrichtung notwendigen ersatzweisen Versorgung der Pflegebedürftigen in die Pflicht genommen werden. Sie sollen den/die Versicherte/n und den/die Pflegebedürftige/n über alle zur Verfügung stehenden Versorgungsformen (z.B. auch Verhinderungspflege durch Pflegedienst, weitere Angehörige außerhalb des Haushalts der Versicherten etc.) informieren und beraten sowie bei der konkreten Inanspruchnahme der gewählten Versorgungsform während der Rehabilitation unterstützen. Dies ist in § 3 zu ergänzen.</p>

**Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu)  
Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband  
in Abstimmung mit dem Deutschen Caritasverband e.V. (DCV)**

**Freiburg, 17.09.2019**

Vorgesehene Änderungen § 6 Abs. 1 und Abs. 1a. Diese sehen vor:  
Sofern Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünscht, gibt die Vertragsärztin bzw. Vertragspsychotherapeutin dies auf der Verordnung an.  
Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.

§ 6 Abs. 1 und Abs. 1a sollten dahingehend geändert werden, dass die Vertragsärztin bzw. Vertragspsychotherapeutin bei der Beratung und Erörterung zur Mitaufnahme oder Nicht-Mitnahme der zu Pflegenden in dieselbe Einrichtung mit dem/r Versicherte/n alle Versorgungsformen der zu pflegenden Personen unter Würdigung der persönlichen, sozialen, familiären und organisatorischen Umstände gleichrangig und begründungsfrei prüfen soll.

Für pflegende Angehörige stehen verschiedene stationäre Leistungsformen zur Verfügung:

- Rehabilitation alleine in einer Klinik nach § 111 SGB V,
- oder in eine Klinik nach § 111a SGBV,
- Rehabilitation unter Mitnahme Angehöriger in die gleiche Einrichtung,
- Rehabilitation bei Unterbringung Angehöriger in anderer Einrichtung.

Der Wunsch für die eine oder andere Versorgungsform ist nur bedingt eine medizinische und somit vertragsärztlich zu beurteilende Frage. Soziale und familiäre Bedingungen, organisatorische Bedingungen, persönliche Präferenzen, Erfahrungen und vieles Mehr spielen in diese Entscheidungen hinein.

Wichtig ist, dass die Krankenversicherung auch die abseits der Verordnung in anderer Weise vorgebrachten persönlichen berechtigten Wünsche nach § 12 Satz 1 der Reha-Richtlinie in die Entscheidung mit einbeziehen und dort berücksichtigen muss.

Wenn nur die beiden Ankreuzmöglichkeiten bestehen „Mitaufnahme in derselben Einrichtung“ oder „Mitnahme steht Reha-Erfolg entgegen“, wird das Modell Mitnahme „durch die Hintertür“ zum „Hauptmodell“ erklärt. Auf dem Verordnungsformular muss es auch die grundsätzliche Möglichkeit des Ankreuzens von „Nicht-Mitnahme“- auch ohne die Notwendigkeit, dass die Mitaufnahme den Rehabilitationserfolg gefährden könnte - geben.  
Vertragsärzte sollen alle Möglichkeiten mit den Versicherten erörtern und abwägen. Zudem soll der Versicherte die Möglichkeit haben, gegenüber seiner Krankenkasse seine Wünsche ggf. auch gesondert mitzuteilen, ggf. auch im Kontakt mit weiteren beteiligten Beratungs-/Sozial-/ Pflegediensten.

<p><b>Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu)</b>  <b>Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband</b>  <b>in Abstimmung mit dem Deutschen Caritasverband e.V. (DCV)</b></p>	
<p><b>Freiburg, 17.09.2019</b></p>	
<p>§ 6 Abs. 1 und Abs. 1a <i>sollte wie folgt geändert werden:</i>          „Auf der Verordnung ist die im Einzelfall gewünschte Versorgungsform der zu pflegenden Person während des Aufenthalts des Versicherten in der Rehabilitationseinrichtung anzugeben“.</p>	<p>Es sollte ein wertfreies Ankreuzen unter verschiedenen Möglichkeiten vorgesehen werden, das neben der Mitaufnahme auch die gewünschte Versorgungsform bei Nicht-Mitnahme ausweist, wie z.B. ob Koordinierung gewünscht, weil andere Unterbringung zu Hause möglich, ob kein Koordinierungsbedarf erforderlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sollte eine evtl. Erklärung der Versicherten genauso ausreichen. Hierfür sollte ein Antragsbogen entwickelt werden/ oder Antragsbögen der Versicherungen angepasst werden.</li> <li>- es muss hinterlegt werden können, welche Einrichtungsform (§ 111 Klinik; § 111 a Klinik) gewünscht wird.</li> </ul> <p>Für die Zielgruppe sind hohe emotionale und organisatorische Zugangshürden wissenschaftlich belegt. Deshalb sollte in keiner Weise im Antrags-/Verordnungs-Verfahren ein Druck auf pflegende Angehörige aufgebaut werden, indem sie sich erklären müssen warum sie ggf. eine gesundheitliche Maßnahme nur für sich selbst und ohne Mitnahme beanspruchen.</p>

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

<p><b>Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk</b></p>		 <p>Elly Heuss-Knapp-Stiftung <b>Müttergenesungswerk</b></p>
<p><b>18. September 2019</b></p>		
<p><b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b></p>		<p><b>Begründung</b></p>
<p>Die Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk begrüßt die Umsetzung des PpSG in den Rehabilitations-Richtlinien. Wir halten die geplanten Ergänzungen im § 6 Abs. 1 und 1a für nicht ausreichend und schlagen folgende zusätzliche Ergänzungen vor:</p>		
<p>Ergänzungen in § 6 Abs. 1 und 1a</p> <p><u>Abs. 1 neuer Satz 5 und Abs. 1a neuer Satz 7:</u> „Bei der Beratung zur Nicht-Mitaufnahme oder Mitaufnahme der/des zu Pflegenden in dieselbe Einrichtung werden mit der/dem Versicherten weitere mögliche Versorgungsformen für die/ den zu Pflegenden unter Berücksichtigung der persönlichen, familiären und sozialen Gegebenheiten und Wünsche gleichrangig und begründungsfrei erörtert.“</p> <p><u>Abs. 1 neuer Satz 6 und Abs. 1a neuer Satz 8:</u> „Auf der Verordnung ist die im Einzelfall gewünschte Versorgungsform der/des zu Pflegenden während des Aufenthaltes der/des Versicherten in der Rehabilitationseinrichtung anzugeben.“</p>		<p>Pflegende Angehörige sind im familiären Rahmen ggf. 24 Std. physisch und psychisch im Einsatz, sind in besonderen psychosozialen familiären Belastungssituationen und "Sorge/Abhängigkeitsverhältnissen", die vielfältig sind und weit über die organisatorische "Pflege" hinausgehen. Deshalb sind bei der Entscheidungsfindung die persönlichen, familiären und sozialen Umstände zu berücksichtigen.</p> <p>Für die Zielgruppe sind hohe emotionale und organisatorische Zugangshürden wissenschaftlich belegt. Deshalb sollte in keiner Weise im Antrags-/Verordnungs-Verfahren ein Druck auf pflegende Angehörige aufgebaut werden, indem sie sich erklären müssen warum sie ggf. eine gesundheitliche Maßnahme nur für sich selbst und ohne Mitnahme der/des zu pflegenden Angehörigen beanspruchen.</p> <p>Wichtig ist, dass die Krankenversicherung auch die abseits der Verordnung in anderer Weise vorgebrachten persönlichen berechtigten Wünsche nach § 12 Satz 1 der Reha-Richtlinie in die Entscheidung mit Einbeziehen und dort berücksichtigen muss.</p> <p>Wenn in der Verordnung nur die beiden Möglichkeiten „Mitnahme in derselben Einrichtung“ oder „Mitnahme steht Reha-Erfolg entgegen“, angegeben werden sollen, wird das „Mitnahme-Modell“ schnell zum „Hauptmodell“ erklärt.</p> <p>Vertragsärzte/-ärztinnen sollen alle Möglichkeiten mit den Versicherten abwägen, die /der Versicherte ihre/seine Wünsche und Bedingungen ggf. auch gesondert mitteilen, ggf. auch auf im Kontakt mit weiteren beteiligten Beratungs-/Sozial- / und Pflegediensten.</p> <p>Das „Mitnahme-Modell“ ist zwar das „gesetzlich Neue“, es gibt aber viele Versorgungskonstellationen (ggf. auch Weiterpflege in der Häuslichkeit durch andere Angehörige etc. und die gilt es ebenso zu berücksichtigen</p>



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Elly Heuss-Knapp-Stiftung,  
Deutsches Müttergenesungswerk



Elly Heuss-Knapp-Stiftung  
Müttergenesungswerk

**18. September 2019**

Ergänzungen im  
Verordnungsformular Muster  
61 Teile B – D:

Einfügung eines extra Feldes  
für pflegende Angehörige mit  
Ankreuzmöglichkeiten, z. B. :

- Die/der zu Pflegende wird  
in der Kurzzeitpflege  
betreut.
- Der/die zu Pflegende wird  
zu Hause von  
Angehörigen betreut.
- Der/die zu Pflegende soll  
zu Hause betreut werden,  
die Betreuung ist zu  
klären.
- Der/die zu Pflegende soll  
in der Einrichtung der/des  
Versicherten  
mitaufgenommen werden.

Aufnahme der pflegenden  
Angehörigen als eigene  
Zielgruppe und Einfügung  
eines Ankreuzfelds unter  
VI. Zuweisung auf dem  
Verordnungsformular Teil D,  
mit dem Zusatz die  
gewünschte Einrichtungsform  
(Klinik nach § 111 oder Klinik  
nach § 111 a) zu benennen.

Auf Grund der vorliegenden Zielgruppenspezifika spricht sich  
das Müttergenesungswerk ausdrücklich für ein eigenes  
Verordnungsformular für pflegende Angehörige aus, um die  
besonderen Kontextfaktoren dieses Personenkreises  
abzubilden und den Zugang zu den Maßnahmen zu  
erleichtern.

Mindestens aber sind Ergänzungen im Verordnungsformular  
Muster 61 Teile B – D vorzunehmen.

Anne Schilling  
Geschäftsführerin

Elly Heuss-Knapp-Stiftung  
Deutsches Müttergenesungswerk  
Bergstr. 63, 10115 Berlin  
Tel.: 030 3300290 Fax: 030 330029-20  
E-Mail: [info@muettergenesungswerk.de](mailto:info@muettergenesungswerk.de)  
[www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de)

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

Deutsches Rotes Kreuz e.V.	
13.09.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 2 Absatz 3 Satz 1</p> <p>Die geplanten Ergänzungen der Rehabilitations-Richtlinie sind missverständlich. Es wird angeregt zur Klarstellung redaktionelle Anpassungen vorzunehmen.</p> <p>„Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Soweit pflegende Angehörige einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation haben, haben sie auch Anspruch auf Versorgung der Pflegebedürftigen, <del>wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden.</del> Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen.“</p>	<p>Der Formulierung der Rehabilitations-Richtlinie ist zu entnehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ein ortsabhängiger Versorgungsanspruch für Pflegebedürftige zu entnehmen („wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden“) sowie</li> <li>b) <b>(nur ?)</b> ein Koordinationsanspruch für die Aufnahme Pflegebedürftiger, wenn deren Versorgung außerhalb der selben Einrichtung erfolgen soll.</li> </ul> <p>Ob im Falle b) ein Versorgungsanspruch der Pflegebedürftigen (bei Annahme des Vorliegens aller weiteren Kriterien) besteht, können auch die Ausführungen in den „Tragenden Gründen“ nicht beantworten.</p> <p>Es stellt sich bspw. die Frage, ob eine Koordination durch die Krankenkasse nach Satz 2 die Übernahme der Versorgungskosten für die Pflegebedürftigen ausschließen würde bzw. ob die Versorgungskosten von den pflegenden Angehörigen/ den Pflegebedürftigen übernommen werden müssten?</p> <p>Das DRK nimmt einen grundsätzlichen ortunabhängigen Versorgungsanspruch an und schlägt daher zur besseren Verständlichkeit die Streichung der Passage „<b>wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden</b>“ vor.</p>

<b>Deutsches Rotes Kreuz e.V.</b>	
<b>13.09.2019</b>	
<p>§ 6 Abs. 1/ Abs.1a</p> <p>„Sofern die oder der Versicherte die Mitaufnahme des zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünscht, gibt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt dies auf der Verordnung an. Liegen Anhaltspunkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies <b>mit der versicherten Person zu besprechen und</b> auf der Verordnung anzugeben.“</p>	<p>In dem neu eingefügten Textteil trifft der Wunsch des Versicherten auf die fachliche Einschätzung des Vertragsarztes, des Vertragspsychotherapeuten. Beides wird in der Praxis nicht immer übereinstimmen, was zu einer Konfliktlage führen und den Rehabilitationserfolg noch vor Antritt der Rehabilitation beeinträchtigen kann.</p> <p>Die beschriebene Experteneinschätzung des Vertragsarztes/ des Vertragspsychotherapeuten ist daher nicht nur zu treffen, sondern dem davon betroffenen Versicherten, mit dem Ziel ein Einverständnis zu erreichen, auch ausreichend zu erklären.</p>

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

<b>Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung – Diakonie Deutschland</b>	
<b>18.09.2019</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>§ 2 Abs. 3 S. 2 „Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V).“</p>	<p>Die Diakonie Deutschland begrüßt es, dass die Rehabilitations-Richtlinie an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz angepasst wird.</p> <p>Besondere Bedeutung kommt dem Sachverhalt zu, dass die Krankenkasse nun stationäre Rehabilitation unabhängig davon erbringt, ob eine ambulante Rehabilitation ausreicht. Damit wird das sog. „gestufte Prinzip“ durchbrochen. Dies eröffnet Angehörigen von Pflegebedürftigen die Möglichkeit, notwendige Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, auf die sie ansonsten mit Rücksicht auf die zu pflegenden Personen möglicherweise verzichten würden.</p> <p>Die geplante Formulierung in der Richtlinie wird der Intention des Gesetzgebers, wie sie im SGB V Ausdruck gefunden hat, jedoch nicht gerecht. In § 40 Abs. 2 heißt es: „Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht.“</p> <p>Mit dieser Formulierung wird deutlicher als im Richtlinienentwurf ausgesagt, dass unabhängig davon, ob eine ambulante Leistung ausreicht, pflegende Angehörige einen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation haben.</p> <p>Um Missverständnisse nicht auftreten zu lassen, bittet die Diakonie Deutschland darum, die Formulierung in der Richtlinie eng an dem Gesetzestext zu orientieren:</p> <p>„Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unabhängig davon, ob eine ambulante Leistung ausreicht“.</p> <p>Die Diakonie bittet darum, kritisch zu prüfen, ob das Formularwesen (Muster 61) für die Reha dieses Personenkreises geeignet ist.</p>

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

<b>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Alterskasse Weißensteinstr. 70-72 34131 Kassel</b>	
<b>17.09.2019</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Anpassung der Reha- Richtlinie an das Pflegepersonal- stärkungsgesetz (PpSG)	Die landwirtschaftliche Alterskasse ist von der vorgesehenen Änderung der Rehabilitations-Richtlinie nicht unmittelbar betroffen. Aus unserer Sicht werden die Regelungen des PpSG durch die vorgesehenen Anpassungen der Reha-Richtlinie zutreffend aufgegriffen. Wir haben daher keine Einwände.

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

<b>Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)</b>	
<b>17.09.2019</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>§ 2 Abs. 3 S. 2 „Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V).“</p>	<p>Der BeB begrüßt die geplante Änderung der Rehabilitations-Richtlinie in Anpassung an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen künftig für pflegende Angehörige zu gewährleisten, auch wenn ambulante Rehabilitationsmaßnahmen aus medizinischer Sicht ausreichen würden.</p> <p>Dies eröffnet Angehörigen von Pflegebedürftigen die Möglichkeit, notwendige Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, auf die sie ansonsten mit Rücksicht auf die zu pflegenden Personen möglicherweise verzichten würden. Wie vom Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ausgeführt, ist jedoch bei Angehörigen von Menschen mit Behinderung dieselbe Problemlage zu erkennen. Denn auch in diesem Fall gestaltet sich für Angehörige die Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Rehabilitationsleistungen neben dem regulären Tagesablauf, der in der Regel stark von der Betreuung des Menschen mit Behinderung geprägt ist, schwierig und ist oftmals nicht praktikabel.</p> <p>Verstärkt wird das Bedürfnis einer entsprechenden Regelung für Angehörige von Menschen mit Behinderung noch dadurch, dass sich die erforderliche Betreuung oftmals über einen längeren Zeitraum (mitunter ein Leben lang) erstreckt, als bei älteren Menschen, die der Pflege bedürfen.</p> <p>Zur Ausgestaltung eines entsprechenden Anspruchs auf stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Angehörige von Menschen mit Behinderung ist es aus Sicht des BeB jedoch notwendig, den hier zu betreuenden Kreis der Menschen mit Behinderung näher zu bestimmen. Dies resultiert aus der Tatsache, dass bei bestimmten Personengruppen von Menschen mit Behinderung, so z.B. solchen mit hohem Unterstützungsbedarf, zugleich auch eine Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften des SGB XI besteht. Für ihre Angehörigen wäre der vorgesehene § 2 Abs. 3 S. 2 der Rehabilitations-Richtlinie einschlägig und eine Ausweitung seines Regelungsinhalts entbehrlich.</p> <p>In allen anderen Fällen, in denen der zu betreuende Mensch mit Behinderung keine Pflegebedürftigkeit aufweist, fehlt für den Angehörigen eine Rechtsgrundlage, die stationären Leistungen</p>

<b>Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)</b>	
<b>17.09.2019</b>	
	zur medizinischen Rehabilitation, unabhängig von aus medizinischer Sicht ausreichenden ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen wahrzunehmen. Der BeB regt für eine Ausweitung des in Rede stehenden Anspruchs auf Angehörige von Menschen mit Behinderung an, diese bislang nicht erfassten Fälle im Rahmen der vorliegenden Richtlinie zu konkretisieren.

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

<p><b>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.</b>  <b>Westenwall 4</b>  <b>59065 Hamm</b></p>	
<p><b>13. September 2019</b></p>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>§2 Absatz 3</b>            Grundsätzlich begrüßen die DHS und ihre Mitgliedsverbände den nunmehr geltenden Anspruch für pflegende Angehörige auf eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Auch die Möglichkeit der Unterbringung der pflegenden Angehörigen in der gleichen Einrichtung wie der/die Pflegebedürftige, erachten wir als sinnvoll.</p> <p>Die klare Regelung in Bezug auf die Zuständigkeit (auch in Bezug auf die ggf. notwendige Koordination zwischen Krankenkasse und Pflegekasse) befinden wir als transparent und wichtig.</p>	<p>Neben der hohen körperlichen und emotionalen Belastung, müssen sich pflegende Angehörige oft mit steigenden Kosten, vielfältigen administrativen Herausforderungen aber auch erheblichen Veränderungen im praktischen Alltag auseinandersetzen. Eine Bewältigungsstrategie könnte dabei ein erhöhter Suchtmittelkonsum (mit der Funktion der Entlastung) darstellen. Das beeinträchtigt nachweislich und in besonderem Maße die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit. Dem kann eine medizinische Rehabilitation entgegenwirken.</p> <p>Pflegende Angehörige könnten andernfalls bei der Beantragung bzw. Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation u.a. an Schnittstellenhürden/organisatorischen Hürden und Zuständigkeitsproblemen scheitern. Aufgrund ihrer bereits vorhandenen psychischen und physischen Belastung ist eine klare Regelung und ein transparentes Antragsverfahren hilfreich und erleichtert Zugangswege.</p>
<p><b>§2 Absatz 9</b>            Die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts ist sehr zu begrüßen, insbesondere in Bezug auf die spezifischen Belange der pflegenden Angehörigen. Jedoch ist die Formulierung „berechtigter Wünsche“ intransparent und sollte konkretisiert werden.</p>	<p>Zur Förderung und Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der Leistungsberechtigten ist die Gewährleistung und Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts grundlegend.</p> <p>Den Leistungsberechtigten sollte, insbesondere unter Berücksichtigung ihrer belastenden Situation, der Zugang zur medizinischen Rehabilitation transparent und verständlich erklärt (barrierefrei) ermöglicht werden.</p>
<p><b>§5 Absatz 3</b>            Unterstützungsangebote der Krankenkasse für pflegende Angehörige, im Rahmen der Beratung, aufzuzeigen,</p>	<p>Die besonderen Bedarfe pflegender Angehöriger müssen auch im Rahmen der Beratung über Unterstützungsangebote durch die Krankenkassen berücksichtigt werden. Diese werden durch die Änderung hervorgehoben.</p>

<p><b>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.</b>  <b>Westenwall 4</b>  <b>59065 Hamm</b></p>	
<p><b>13. September 2019</b></p>	
<p>entspricht einer bedarfsgerechten und zielgruppenspezifischen Maßnahme und wird als sinnvoll erachtet.</p>	
<p><b>§6 Absatz 1 und 1a</b>          Im Rahmen der Beratung durch die Krankenkasse, kann nunmehr abgewogen werden, ob eine Mitaufnahme der/des pflegenden Angehörigen gewünscht wird und den Rehabilitationserfolg (beider) fördert. Die damit einhergehende sicherzustellende Versorgung des/der zu Pflegenden, welche absolut logisch und sinnvoll ist, kann jedoch durch Fachkliniken für abhängigkeitskranke Menschen unter den bisherigen Rahmenbedingungen kaum geleistet werden (siehe Begründung).          Somit müssen bei einer Mitaufnahme und Versorgung des/der Pflegebedürftigen, in eine Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitskranke, entsprechende einzelvertragliche Vereinbarungen (auch zur Vergütung) zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger ermöglicht werden, sodass bedarfsgerecht sowohl Personalstellen als auch Ausstattung vorgehalten werden können.</p>	<p>Im Bereich der Pflege besteht seit Langem ein akuter Fachkräftemangel, dieser betrifft auch die Fachkliniken für Abhängigkeitskranke.          Das in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) erzielt die Gewinnung von Pflegekräften für die Arbeit in Krankenhäusern und in Pflegeheimen. Dazu wurden finanzielle Mittel sowohl zur Schaffung von Personalstellen zur Verfügung gestellt als auch zum (teil- bzw. vollumfänglichen) Ausgleich zusätzlicher Tarifsteigerungen. Völlig unberücksichtigt blieben dabei die zahlreichen Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke, in welchen bundesweit ca. 30.000 Pflegekräfte tätig sind.          Somit ist davon auszugehen, dass Fachkräfte/Pflegekräfte, aufgrund einer finanziellen Besserstellung, in o.g. Einrichtungen „wechseln“ bzw. aus diesen gezielt abgeworben werden.          D.h. dass den Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen kein ausreichendes Pflegepersonal zur Gewährleistung der Versorgung zur Verfügung steht, das bezieht sich auch auf Facharzt*innen und Therapeut*innen. Weiterhin ist die notwendige Pflegeausstattung und -struktur (Pflegebetten, Hebevorrichtungen etc.) kaum gegeben.</p>

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

<b>Caritas-Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR) in Abstimmung mit dem Deutschen Caritasverband e.V. (DCV)</b>	
<b>Freiburg, 16.09.2019</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><u>Vorgesehene Änderung in § 3 Satz 4</u> Die Änderung sieht vor, dass die Krankenkasse des / der Versicherten sich mit der Pflegekasse des / der Pflegebedürftigen koordiniert, sofern der / die Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung als in der Rehabilitationseinrichtung des Versicherten aufgenommen werden soll.</p> <p>In § 3 ist nach Satz 4 folgender Satz zu ergänzen: „Dabei informiert und berät die Pflegekasse des / der Pflegebedürftigen über die zur Verfügung stehenden Angebote und unterstützt sie / ihn bei der Inanspruchnahme der gewählten Leistung“.</p> <p>Es ist folgende Ergänzung in Satz 3 erforderlich: Nach dem Wort „Krankenkasse“ werden die Wörter „des / der Versicherten“ ergänzt.</p>	<p>Es ist schwierig einen Kurzzeitpflegeplatz für pflegebedürftige Menschen während des krankheits- oder rehabilitationsbedingten Aufenthalts des pflegenden Angehörigen zu bekommen. Kranken- und Pflegekassen haben während des Reha-Aufenthalts des Versicherten einen diesbezüglichen Sicherstellungsauftrag und müssen in der Ausführung für die notwendige ersatzweise Versorgung der Pflegebedürftigen in die Pflicht genommen werden.</p> <p>Sie sollen den / die Versicherte/n und den / die Pflegebedürftige/n über alle zur Verfügung stehenden Versorgungsformen (z. B. auch Verhinderungspflege durch Pflegedienst oder weitere Angehörige außerhalb des Haushalts der Versicherten etc.) informieren und beraten sowie bei der konkreten Inanspruchnahme der gewählten Versorgungsform während der Rehabilitation unterstützen. Dies ist in § 3 zu ergänzen.</p> <p>Der / die reha bedürftige/r Versicherte/r und zu versorgende/r Pflegebedürftige / r können in zwei Krankenkassen versichert sein. Für die Eindeutigkeit ist in Satz 3 zu präzisieren, dass es sich um die Krankenkasse des Versicherten handelt.</p>
<p><u>Vorgesehene Änderungen § 6 Nummer 1) und 1a)</u> Diese sehen vor, dass für Versicherte, die Mitaufnahme des / der zu pflegenden Angehörigen in derselben Einrichtung wünschen, der Vertragsarzt / die Vertragsärztin bzw. der Vertragspsychotherapeut / die Vertragspsychotherapeutin dies auf der Verordnung angeben. Liegen Anhalts-</p>	<p>Für pflegende Angehörige stehen verschiedene stationäre Leistungsformen zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitation alleine in einer Klinik nach § 111 SGB V oder in eine Klinik nach § 111a SGBV,</li> <li>• Rehabilitation unter Mitaufnahme des / der Angehörigen in die gleiche Einrichtung,</li> <li>• Rehabilitation bei Unterbringung des / der Angehörigen in anderer Einrichtung.</li> </ul>

<p><b>Caritas-Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR) in Abstimmung mit dem Deutschen Caritasverband e.V. (DCV)</b></p>	
<p><b>Freiburg, 16.09.2019</b></p>	
<p>punkte vor, wonach die Mitaufnahme dem Rehabilitationserfolg der oder des Versicherten entgegenstehen könnte, ist dies auf der Verordnung anzugeben.</p> <p>§ 6a) und 1a) ist dahingehend zu präzisieren, dass der Vertragsarzt / die Vertragsärztin bzw. der Vertragspsychotherapeut / die Vertragspsychotherapeutin bei der Beratung und Erörterung zur Mitaufnahme oder Nicht-Mitnahme der zu Pflegenden in dieselbe Einrichtung mit dem/r Versicherte/n alle Versorgungsformen der zu pflegenden Personen unter Würdigung der persönlichen, sozialen, familiären und organisatorischen Umstände gleichrangig und begründungsfrei prüfen soll.</p> <p>§ 6 1) und 1a) ist wie folgt zu ändern: „Auf der Verordnung ist die im Einzelfall gewünschte Versorgungsform der zu pflegenden Person während des Aufenthalts des Versicherten in der Rehabilitationseinrichtung anzugeben“.</p>	<p>Für pflegende Angehörige sind hohe emotionale und organisatorische Zugangshürden wissenschaftlich belegt. Deshalb sollte in keiner Weise im Antrags- / Verordnungs-Verfahren ein Druck aufgebaut werden, erklären zu müssen, warum ggf. eine gesundheitliche Maßnahme nur für sich selbst und ohne Mitaufnahme der Pflegebedürftigen gewünscht wird</p> <p>Wenn nur die beiden Ankreuzmöglichkeiten bestehen „Mitaufnahme in derselben Einrichtung“ oder „Mitnahme steht Reha-Erfolg entgegen“, wird Mitaufnahme „durch die Hintertür“ zum „Hauptmodell“ erklärt. Auf dem Verordnungsformular muss es auch die grundsätzliche Möglichkeit des Ankreuzens von „Nicht-Mitaufnahme“- auch ohne die Notwendigkeit, dass die Mitaufnahme den Rehaerfolg gefährden könnte - geben.</p> <p>Zudem ist der Wunsch für eine bestimmte Versorgungsform nur bedingt eine medizinische und somit vertragsärztlich zu beurteilende Frage. Soziale und familiäre Bedingungen, organisatorische Bedingungen, persönliche Präferenzen, Erfahrungen und Mehr spielen in diese Entscheidungen herein.</p> <p>Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sollen alle Möglichkeiten mit den Versicherten erörtern und abwägen. Zudem soll der / die Versicherte die Möglichkeit haben, gegenüber seiner Krankenkasse seine Wünsche auch gesondert mitzuteilen, ggf. auch im Kontakt mit weiteren beteiligten Beratungs- / Sozial- / Pflegediensten.</p> <p>Wichtig ist, dass die Krankenversicherung auch die abseits der Verordnung in anderer Weise vorgebrachten persönlichen berechtigten Wünsche nach § 9 Satz 1 der Reha-Richtlinie in die Entscheidung mit einbeziehen und dort berücksichtigen muss.</p> <p>Deshalb sollte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ein wertfreies Ankreuzen unter verschiedenen Möglichkeiten vorgesehen werden, die neben der Mitaufnahme auch die gewünschte Versorgungsform bei Nichtmitaufnahme ausweist und ob Koordinierung gewünscht wird.</li> <li>- alternativ eine Erklärung der Versicherten ausreicht. Hierfür sollte ein Antragsbogen entwickelt werden / oder Antragsbögen der Versicherungen angepasst werden.</li> <li>- es muss hinterlegt werden können, welche Einrichtungsform (§ 111 Klinik; §111 a Klinik) gewünscht wird.</li> </ul>

**Stellungnahme über eine Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**

Bundespsychotherapeutenkammer	
18.09.2019	
Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu 1 c) § 2 Absatz 3 Dem bisherigen Absatz 3 Satz 1 werden die folgenden Sätze angefügt (Änderungen gegenüber dem Beschlussentwurf fett gedruckt): „Die Krankenkasse erbringt für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann, wenn <b>zuvor ambulante Leistungen der Krankenbehandlung am Wohnort nicht ausgeschöpft worden sind oder</b> Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Soweit pflegende Angehörige einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation haben, haben sie auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen.“</p>	<p>Die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossene Änderung des § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V soll pflegenden Angehörigen bei bestehender Indikation für eine medizinische Rehabilitation einen erleichterten Zugang zu einer stationären medizinischen Rehabilitation verschaffen. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass pflegende Angehörige häufig über einen langen Zeitraum in hoher zeitlicher Intensität eine psychisch und physisch stark belastende Pflege leisten, die mit besonderen Risiken für die eigene Gesundheit behaftet ist. Die Pflegesituation ermöglicht es den pflegenden Angehörigen dabei häufig nicht, alle gegebenenfalls erforderlichen ambulanten Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen regelmäßig in Anspruch zu nehmen, da diese in den regulären Tagesablauf nicht zu integrieren sind. Der Tagesablauf ist vielfach so stark durch Pflegesituation und berufliche Verpflichtungen festgelegt, dass zusätzliche regelmäßige Behandlungstermine, z. B. zur Durchführung einer ambulanten Psychotherapie bei Vorliegen einer depressiven Erkrankung, nicht zu realisieren sind. Der Gesetzgeber hat hierzu in seiner Begründung zum PpSG klargestellt, dass mit dieser gesetzlichen Regelung pflegende Angehörige einen eigenständigen Anspruch auf stationäre Leistungen zur Rehabilitation erhalten. Das Stufenverhältnis gemäß Absatz 1, wonach aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen nur von der Krankenkasse erbracht werden, wenn eine Krankenbehandlung nicht ausreicht, und ambulante Rehabilitationsleistungen wiederum Vorrang vor stationären Rehabilitationsleistungen haben, soll für diese Personengruppe nicht gelten. Eine von einer Krankenkasse nach § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V zu treffende Genehmigung einer ärztlich verordneten stationären Rehabilitation könne deshalb von der Krankenkasse nicht mehr mit der Begründung abgelehnt werden, dass ambulante Leistungen am Wohnort ausreichen würden. In § 2 Absatz 3 Satz 2 (neu) sollte daher auch ausdrücklich geregelt werden, dass die Krankenkasse für pflegende Angehörige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form auch dann erbringt, wenn zuvor ambulante Behandlungsmaßnahmen am Wohnort nicht ausgeschöpft worden sind.</p>

<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	
<b>18.09.2019</b>	
	Die weiteren Ergänzungen in den Sätzen 3 und 4 (neu) zur Regelung des gesetzlichen Anspruchs von pflegenden Angehörigen auf die Versorgung der Pflegebedürftigen im Zeitraum der stationären Rehabilitation in derselben Einrichtung bzw. auf Koordinierung von deren Versorgung mit der zuständigen Pflegekasse, falls diese in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, sind aus Sicht der BPTK sachgerecht.
Zu 1. d) § 2 Absatz 9 (neu) Die Aufnahme des ausdrücklichen Hinweises, dass die Krankenkassen bei ihren Entscheidungen über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen haben, wird von der BPTK begrüßt.	Bereits der bisherige § 2 Absatz 8 weist die Krankenkassen darauf hin, dass diese bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Ausführung den berechtigten Wünschen der Versicherten zu entsprechen haben. Die zusätzliche Hervorhebung der Berücksichtigung der besonderen Belange pflegender Angehöriger ist in diesem Zusammenhang angemessen.
Zu 2. § 5 Absatz 3 Die BPTK befürwortet die explizite Ergänzung der Inhalte der Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen hinsichtlich der möglichen Unterstützungsangebote der Krankenkassen für pflegende Angehörige.	Die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch pflegende Angehörige soll durch die mit dem PpSG beschlossene gesetzliche Änderung erleichtert und gestärkt werden. Für die pflegenden Angehörigen ist dabei für ihre Entscheidung von besonderer Bedeutung, über die vorhandenen Unterstützungsangebote gut informiert zu sein, sowohl über die Möglichkeiten der Mitaufnahme der Angehörigen in derselben Einrichtung als gerade auch um die Möglichkeit der Aufnahme in einer anderen Einrichtung, ohne dass sie in dem Fall auch die Versorgung der Pflegebedürftigen für diesen Zeitraum organisieren und mit der Pflegekasse abklären müssen. Dies kann für die pflegenden Angehörigen ein wesentlicher Aspekt sein, der es ihnen ermöglicht, eine aus psychotherapeutischer oder medizinischer Sicht sinnvolle Durchführung der stationären Rehabilitationsleistung ohne Mitaufnahme des pflegebedürftigen Angehörigen überhaupt durchzuführen.
Zu 3. a) und b) § 6 Absatz 1 bzw. 1a Die Ergänzungen zur Berücksichtigung der besonderen Aspekte bei pflegenden Angehörigen beim Verfahren der Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind folgerichtig und bilden die relevanten	

<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	
<b>18.09.2019</b>	
Aspekte hinsichtlich der zu erwägenden Mitaufnahme von pflegebedürftigen Angehörigen angemessen ab.	

**Von:** [Fachverband Sucht - Sekretariat](#)  
**An:** [Hellbardt, Mario](#)  
**Betreff:** AW: Organisationen gem. § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V | Bitte um Stellungnahme | Änderung Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz  
**Datum:** Freitag, 13. September 2019 14:37:17

---

Sehr geehrter Herr Hellbardt,

wir stimmen von Seiten des Fachverbandes Sucht e.V. den vorgeschlagenen Änderungen zu.

Mit freundlichen Grüßen  
Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
FACHVERBAND SUCHT e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Tel.: 0228 - 26 15 55  
Fax: 0228 - 21 58 85  
Email: [sucht@sucht.de](mailto:sucht@sucht.de)  
Internet: <http://www.sucht.de>

-----  
Der Fachverband Sucht e.V. nimmt den Datenschutz sehr ernst. Zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes und des satzungsgemäßen Zweckes ist die Erhebung von personenbezogenen Daten notwendig. Diese werden von uns vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften behandelt. Weitere Informationen erhalten Sie unter <http://www.sucht.de/datenschutz.html>  
-----

Vorstand: Dr. H.-C. Buschmann (Vorsitzender), Prof. Dr. W. Funke (Stv. Vorsitzende)  
T. Bold, A. Domma, Dr. T. Klein, Dr. D. Kramor, Dr. M. Vogelgosang

Diese Nachricht wurde auf Viren hin untersucht und freigegeben. Neucore Viren können aber ggf. erst nach einigen Stunden vom System erkannt werden. Öffnen Sie deshalb NIEMALS Dateianhänge, um die Sie nicht ausdrücklich gebeten wurden. Im Zweifelsfall fragen Sie bitte den Absender der Nachricht.  
*Fachverband Sucht e.V. (FVS), Sitz: Bonn, VR-Nr. 5691, Gemeinnützig anerkannt Finanzamt Bonn AZ 206/5860/0354*

---

**Von:** Hellbardt, Mario <Mario.Hellbardt@g-ba.de>  
**Gesendet:** Mittwoch, 28. August 2019 17:35  
**An:** Hellbardt, Mario <Mario.Hellbardt@g-ba.de>  
**Cc:** Re-RL <Re-RL@g-ba.de>  
**Betreff:** Organisationen gem. § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V | Bitte um Stellungnahme | Änderung Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anlegend erhalten Sie den **Beschlussentwurf**, die Tragenden Gründe sowie den Fließtext über die geplante **Änderung Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**.

Wir bitten Sie, hierzu Ihre Stellungnahme gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V abzugeben. Die **Stellungnahmefrist endet am 18. September 2019**.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und bedanken uns für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Mario Hellbardt  
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

**Von:** [Krömer, Matthias](#)  
**An:** [Hellbardt, Mario](#)  
**Cc:** [Re-RL](#)  
**Betreff:** AW: Organisationen gem. § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V | Bitte um Stellungnahme | Änderung Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz  
**Datum:** Dienstag, 17. September 2019 10:38:57

---

Sehr geehrte Damen und Herren,  
die BAGüS hat keine Anmerkungen oder Hinweise.

Mit freundlichen Grüßen  
**Matthias Krömer**  
Geschäftsführer

---

Bundesarbeitsgemeinschaft der  
überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)  
48133 Münster  
Tel: 0251 591-6530  
Fax: 0251 591-714901  
E-Mail: [matthias.kroemer@lwl.org](mailto:matthias.kroemer@lwl.org)



Besuchen Sie uns im Internet: [www.bagues.de](http://www.bagues.de)  
Bitte denken Sie an die Umwelt, bevor Sie diese E-Mail ausdrucken.

---

**Von:** Hellbardt, Mario [mailto: Mario.Hellbardt@g-ba.de]  
**Gesendet:** Mittwoch, 28. August 2019 17:35  
**An:** Hellbardt, Mario  
**Cc:** Re-RL  
**Betreff:** Organisationen gem. § 92 Abs. 5 Satz 1 SGB V | Bitte um Stellungnahme | Änderung Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend erhalten Sie den Beschlussentwurf, die Tragenden Gründe sowie den Fließtext über die geplante **Änderung Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**.

Wir bitten Sie, hierzu Ihre Stellungnahme gemäß § 92 Absatz 5 Satz 1 SGB V abzugeben. Die **Stellungnahmefrist endet am 18. September 2019**.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und bedanken uns für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

## 7.8 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 13. November 2019 eingeladen worden.

### Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)). Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 13. November 2019 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsches Müttergenesungswerk (MGW)	Frau Petra Gerstkamp	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	Herr Dr. Tomas Steffens	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 Fragen gestellt:

#### Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

#### Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

#### Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

#### Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

#### Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die

Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

**Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen gewürdigt. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

# Wortprotokoll



**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des  
Gemeinsamen Bundesausschusses zur  
Änderung der Rehabilitations-Richtlinie:  
Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie aufgrund  
des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes**

Vom 13. November 2019

<b>Vorsitzende</b>	Frau Dr. Leigemann
<b>Beginn:</b>	11:13 Uhr
<b>Ende:</b>	11:25 Uhr
<b>Ort:</b>	Geschäftsstelle des G-BA Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

**Teilnehmer der Anhörung**

Angemeldete Teilnehmerin für das **Deutsche Müttergenesungswerk (MGW)**:

Petra Gerstkamp

Angemeldeter Teilnehmer für die **Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.:**

Dr. Thomas Steffens

Beginn der Anhörung: 11:13 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Ich darf Sie ganz herzlich im Namen des Unterausschusses Veranlasste Leistungen des G-BA begrüßen, hier zur Anhörung hinsichtlich der Änderung der Rehabilitationsrichtlinie, und zwar ist das eine Anpassung aufgrund des Pflegepersonalstärkungsgesetzes. Ich begrüße für das Deutsche Müttergenesungswerk Frau Gerstkamp und für die Diakonie Deutschland Herrn Dr. Steffens. Schön, dass Sie da sind.

Zwei, drei Vorbemerkungen. Wir erstellen von dieser Anhörung ein Wortprotokoll, sodass ich Sie bitte, immer das Mikrofon zu benutzen und außerdem jeweils kurz Ihren Namen zu sagen, damit unsere Stenografin das festhalten kann. Ich gehe davon aus, dass Sie mit der Erstellung des Wortprotokolls einverstanden sind.

Wir haben die Stellungnahmen gelesen und gewürdigt, sodass ich Sie bitte, sich auf wesentliche Punkte zu fokussieren. Es ist nicht erforderlich, die ganze Stellungnahme noch einmal wiederzugeben; aber ich glaube, das ist selbstverständlich.

Dann würde ich mit Frau Gerstkamp anfangen, wenn Sie möchten. – Dann haben Sie das Wort.

**Frau Gerstkamp (MGW):** Das Wichtigste für uns ist, dass vor allen Dingen in dem vorliegenden Verordnungsformular, dem Formular 61, die Zielgruppenspezifität stärker zum Vorschein kommt. Deswegen würden wir es sehr begrüßen, wenn Sie überlegen könnten, ein eigenes Verordnungsformular für pflegende Angehörige zu erstellen. Falls dies nicht geschieht, würden wir Sie nachdrücklich darum bitten, zu prüfen, ob Sie nicht ähnlich wie bei den Leistungen nach § 41 auf dem letzten Blatt, auf Blatt D, auf alle Fälle ein Feld aufnehmen, in dem der Arzt oder die Ärztin ankreuzen kann, dass die Maßnahme für pflegende Angehörige vorgesehen ist.

Gleichfalls sollte auch noch die Auswahl möglich sein, denn wir stellen fest, dass, wenn es anschließend um die Bewilligung der Maßnahme geht, es noch eines weiteren Feldes bedarf, sodass man erkennen kann, ob es um eine Maßnahme nach § 111 oder eine Maßnahme auch in einer Klinik nach § 111a geht. Dies erscheint erforderlich, weil der Gesetzgeber extra gesagt hat: Die Maßnahmen für pflegende Angehörige können auch in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen durchgeführt werden. Unsere Erfahrung ist ganz häufig, dass dies vor Ort bei den Krankenkassen überhaupt nicht bekannt ist.

Es ist ohnehin nicht unbedingt sehr einfach, Maßnahmen für pflegende Angehörige bewilligt zu bekommen, und deshalb sollte da die Zielgruppenspezifität nochmals in den Vordergrund gestellt werden. Das ist sicherlich ein ganz wichtiger Punkt, dessen es wirklich bedarf, wenn Sie die Anpassung an das PPSG, was wir als sehr gut erachten, vornehmen wollen.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für den klaren Punkt. – Möchten Sie dazu ergänzen, Herr Steffens?

**Herr Dr. Steffens (Diakonie Deutschland):** Wir meinen, das ist eine plausible Argumentation.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Gut. – Gibt es weitere Punkte oder zunächst Anmerkungen und Fragen seitens der Träger und natürlich der Patientenvertretung dazu? – Sie gibt es offensichtlich nicht; es war also klar, Frau Gerstner. – Weitere Punkte? Sie haben weiter das Wort.

**Herr Dr. Steffens (Diakonie Deutschland):** Wir haben in unserer Stellungnahme nur eine kleine Änderung zur Sprache gebracht. Sie betrifft einen Satz in § 2 Absatz 3 Satz 2; Sie haben es ja vor sich liegen. In unserem Vorschlag plädieren wir dafür, eine Formulierung zu bringen, die sehr viel stärker an den Gesetzestext angelehnt ist und dessen Formulierung aufnimmt. Das ist ein kleiner Vorschlag, aber doch nicht ganz unwichtig, weil es eine

semantische Verschiebung ist, die ansonsten vom Gesetzestext zur Formulierung in den Reha-Richtlinien stattfindet. Dort ist in Ihrem Vorschlag vorgesehen: Die medizinische Reha findet auch dann statt, wenn Leistungen in einer ambulanten Reha ausreichend sind. Hingegen wird im Gesetzestext davon gesprochen, dass dies unabhängig davon möglich ist, ob eine ambulante Reha, eine ambulante Leistung ausreicht. Das ist ein kleiner Unterschied. Ich glaube, es bringt doch etwas mehr Klarheit, wenn man sich näher an dem Gesetzestext orientiert.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay, vielen Dank. – Es geht um folgenden Satz: „Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitationen unabhängig davon, ob ...“ – Das ist Ihr Vorschlag?

**Herr Dr. Steffens (Diakonie Deutschland):** Richtig.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut. Vielen Dank. – Gibt es Fragen dazu? – Das ist nicht der Fall. – Haben Sie weitere Punkte? – Frau Gerstkamp.

**Frau Gerstkamp (MGW):** Ich habe noch einen weiteren Punkt. Wir würden es auch sehr begrüßen – ich bleibe bei dem Ordnungsformular –, wenn sich darauf das widerspiegelte, was Sie auch schon in die Reha-Richtlinie hineingeschrieben haben, nämlich dass es auch die Möglichkeit gibt, dass der oder die pflegende Angehörige den zu Pflegenden mitnimmt. Da sollte noch einmal deutlich werden, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, wie denn mit dem oder der zu Pflegenden umgegangen wird, was also mit dieser Person passiert, wenn der oder die pflegende Angehörige eine Maßnahme durchführt.

Sicherlich wäre es sehr gut und trüge auch zur Klärung bei, dafür verschiedene Ankreuzfelder vorzusehen, welche Möglichkeiten es denn gibt, damit auch der pflegenden Person klar ist, dass sie nicht nur die Möglichkeit hat, entweder den zu Pflegenden mitzunehmen oder ihn in eine Kurzzeitpflege zu geben. Vielmehr sollten an dieser Stelle die Breite der Möglichkeiten aufgezeigt werden, sei es, dass der Angehörige zu Hause gepflegt wird, oder sei es, dass eine der anderen zahlreichen Möglichkeiten genutzt wird. Es sollte zum Ausdruck kommen, welche Möglichkeiten es zudem noch gibt.

Ich halte es in Bezug auf das Gespräch zwischen Arzt und Patient für wichtig, dass wirklich darüber gesprochen wird, um da die beste Lösung für die pflegende Angehörige oder den pflegenden Angehörigen zu finden, damit sie oder er sich ganz beruhigt auf seine Reha-Maßnahme konzentrieren kann, ohne sich immer die Frage zu stellen: Was passiert gerade mit dem Menschen, den ich zu Hause pflege?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Das ist nur allzu verständlich; ansonsten nützt wahrscheinlich die ganze Reha für den pflegenden Angehörigen oder die pflegende Angehörige nichts. – Gibt es hierzu Fragen oder Anmerkungen? – Wenn das nicht der Fall ist, haben Sie weiter das Wort zu weiteren Punkten.

**Herr Dr. Steffens (Diakonie Deutschland):** Ich habe nichts mehr beizutragen, außer dem guten Vorschlag, den wir gemacht haben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, ihn habe ich hier auch noch einmal vorgelesen. – Okay. Ansonsten gibt es weiter nichts, Frau Gerstkamp?

**Frau Gerstkamp (MGW):** Doch. – Wenn Sie mich so fragen, würde ich jetzt noch einmal von dem Ordnungsformular direkt in die Rehabilitations-Richtlinie hineingehen. Auch da wünschten wir uns, dass nicht nur diese zwei Möglichkeiten aufgeführt werden, also nicht nur von dem Mitnahmemodell gesprochen wird.

Es gibt dieses Mitnahmemodell, aber auch Fälle, dass der oder die Pflegende so krank ist, dass er oder sie den zu Pflegenden eben nicht mitnehmen kann. Meines Erachtens ist es gerade für die Patientinnen sehr schwierig, weil sie sowieso ständig in dem Konflikt stehen, ein schlechtes Gewissen zu haben, wenn und weil sie nicht wissen, was mit ihrem zu pflegenden Angehörigen passiert, und zu meinen, ihn eigentlich mitnehmen zu müssen. Insofern hielten wir es für besser, an diesem Punkt mehrere Möglichkeiten aufzuzeigen und

auch klarzustellen, dass es nicht nur das eine oder das andere gibt, sodass sich niemand gezwungen fühlt, hinterher ihren oder seinen zu Pflegenden mitnehmen zu müssen.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Okay. Die Botschaft ist klar angekommen und wir betrachten das jetzt noch einmal. Wir sind ja auch immer ein wenig darin begrenzt, was wir am Ende wirklich in Richtlinien regeln können. Insofern müssen wir das jetzt noch einmal überprüfen. Aber die inhaltliche Botschaft ist angekommen. – Frau Gerstkamp.

**Frau Gerstkamp (MGW):** Genau. Deswegen meinen wir, es wäre auf alle Fälle gut, in Bezug auf das Verordnungsformular vielleicht mit kleinen Stellschrauben schon einmal einen Anfang zu machen.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Okay. Ganz herzlichen Dank. – Dann bleibt mir nur, Ihnen zu danken, dass Sie da waren. Vielen Dank für die Abgabe der Stellungnahme vorab. Ich wünsche eine gute Heimreise. – Vielen Dank.

Schluss der Anhörung: 11:25 Uhr