

Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und pflegende Angehörige sind systemrelevant und erfordern gute Rahmenbedingungen – jetzt!

Anforderungen an die Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und pflegende Angehörige aus Sicht des Evangelischen Fachverbands für Frauengesundheit e.V. (EVA) und der Diakonie Deutschland

Seit Beginn der Corona-Pandemie befinden sich die Familien in Deutschland in einem Ausnahmezustand. Die Versorgung der Familie, die auch heute noch überwiegend von den Frauen geleistet wird, Homeoffice und Homeschooling haben dabei insbesondere für Mütter zu einer extremen Belastungssituation geführt, weshalb sie u.a. neben Pflegekräften und Verkäuferinnen als „Alltagsheldinnen“ öffentlich gefeiert wurden. Dabei wurde und wird übersehen, dass Mütter, aber zunehmend auch Väter und pflegende Angehörige auch vor der Pandemie erheblichen Belastungen ausgesetzt waren. So galten bis zum Ausbruch der Pandemie laut Müttergenesungswerk bereits weit mehr als zwei Millionen Mütter und Väter nachweislich als „kurbedürftig“. Durch die Pandemie ist der Bedarf an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen enorm gestiegen und führt mittlerweile zu Wartezeiten bis zu einem Jahr.

Gleichzeitig hat der bundesweite, Corona bedingte Lockdown und die damit verbundene Schließung der Kurkliniken bei diesen zu erheblichen wirtschaftlichen Problemen geführt. Zwar wird der Betrieb nun schrittweise wieder aufgenommen, jedoch bedingen die geltenden Abstands- und Hygieneanforderungen umfangreiche Leistungs- und Prozessveränderungen, deren Kosten bislang nicht gedeckt sind und damit die Wirtschaftlichkeit und den Fortbestand vieler Kliniken und in der Konsequenz die notwendigen Maßnahmen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige massiv gefährden.

Während die Situation in diesem Bereich schon vor Corona an vielen Stellen schwierig war, zeigt sich nun sehr deutlich: So kann es nicht weitergehen! Damit Mütter, Väter und pflegende Angehörige weiterhin die für sie mehr denn je notwendige Unterstützung erhalten können, ist eine Weiterentwicklung und Sicherung dieses Leistungsbereiches dringend erforderlich.

Mit dem vorliegenden Papier zeigen der EVA e.V. und die Diakonie Deutschland die bestehenden Problemlagen und Herausforderungen sowie Lösungsansätze auf.

Politik und Leistungsträger auf Bundes- und Länderebene sind im Interesse der Mütter, Väter, Kinder und pflegenden Angehörigen aufgefordert, sich mit der Thematik auseinander zu setzen und zusammen mit den Leistungserbringern zeitnah wirksame und nachhaltige Lösungen zu entwickeln.

1. GESETZLICHE UND KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN

Vorsorge- und Reha-Einrichtungen gemäß §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit von Müttern, Vätern und pflegenden Angehörigen.

gen – und somit für die Gesundheit von Familien. Nach einer langen und wechselvollen Geschichte zählen die Mutter-/Vater-Kind-Kuren seit 2007 zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. In den letzten Jahren erweiterten die Kliniken ihre Angebote und nahmen in ihren Konzeptionen die Vielfalt der Familienformen und den Gedanken der Inklusion auf.

Konzeptionelle Grundlagen sind festgelegt durch das SGB IX, die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS und des GKV-Spitzenverbands, Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR), die Qualitätskriterien des Müttergenesungswerkes (MGW) sowie die u.a. durch den EVA e.V. erarbeitete Rahmenkonzepte.

Gemeinsame konzeptionelle Grundlage aller Rehaeinrichtungen ist das integrative Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Teilhabe, wie es im bio-psycho-sozialen-Modell der ICF verankert ist. Darüber hinaus haben Träger und Kliniken individuelle Profile entwickelt. Für die diakonischen Häuser ist zudem das evangelische Profil grundlegend. Ihm liegt das christliche Menschenbild zugrunde, das Körper, Seele und Geist verbindet.

2. LEISTUNGSANGEBOTE WÄHREND UND NACH DER PANDEMIE SICHERN!

Die wirtschaftliche Situation der meisten Vorsorge- und Rehakliniken im MGW-Verbund war bereits vor der Pandemie angespannt. Während einerseits die Krankenkassen die gleichen, hohen Anforderungen an die Qualität stellen wie an andere Bereiche der Medizinischen Rehabilitation, weichen die Kostensätze im Vergleich hierzu deutlich nach unten ab. Vor diesem Hintergrund war es den Häusern in den letzten Jahren kaum möglich, Rücklagen für Investitionen und Gebäudeerhalt zu bilden. Diese sind jedoch erforderlich, um die Kliniken zukunftsfest auszurichten.

In den nächsten Jahren droht sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken – unabhängig von der durch die Pandemie verursachten Krise – weiter zu verschlechtern. Wesentliche Gründe sind die hohen Anforderungen (z. B. durch Qualitätssicherung, elektronischer Datenaustausch und Anforderungen an das Entlass-Management) bei nur mäßig steigenden Vergütungen auf niedrigem Niveau und zugleich zurückgehenden Zuschüssen der Träger. Während Anforderungen auf Bundesebene formuliert werden, wird die Vergütung regional verhandelt, womit eine kontraproduktive Verschiebung der Verantwortung der Leistungsträger einhergeht.

Die Einrichtungen stehen zu hoher Qualität und fairen, tarifgebundenen Löhnen, die in kirchlich-diakonischen Einrichtungen gezahlt werden. Sie sind sich bewusst, dass sie als sozialwirtschaftliche Unternehmen eine wichtige Funktion in den Regionen darstellen. Auch als oftmals kleinere Kliniken mit Profil tragen sie zur Vielgestaltigkeit des Versorgungsbereichs bei. Sie stehen zudem für ein kooperatives, selbstverständlich nicht immer konfliktfreies Verhältnis zu den Leistungsträgern.

Vor dem Hintergrund dieser Konstellation und der Relevanz des Leistungsbereichs für immer mehr kurbedürftige Mütter, Väter und pflegende Angehörige ist die im Vergleich zu anderen Bereichen der Rehabilitation deutlich geringere Finanzierung bei vergleichbaren Leistungen und Anforderungen nicht länger hinnehmbar.

Die Kostensätze sind dementsprechend anzupassen.

In den Verhandlungen nach § 111 Abs. 7 SGB V zu den Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen setzen wir auf faire Lösungen.

3. AUFWENDUNGEN IM RAHMEN CORONA-BEDINGTER MEHRBELASTUNGEN NACH WIEDERAUFNAHME DES BETRIEBS FINANZIEREN!

Während des bundesweiten Lockdowns mussten die Vorsorge- und Rehakliniken ihren Betrieb einstellen. Nur durch hartnäckige Bemühungen der Wohlfahrtsverbände, des Müttergenesungswerks und anderer Unterstützer*innen wurden die MGW-Kliniken in den sog. „Rettungsschirm“ einbezogen. Die Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V milderten die Einnahmeverluste in dieser Zeit und sicherten zunächst die Existenz der Kliniken.

Nicht mindergroße Probleme ergeben sich jedoch nun im Rahmen der Wiederinbetriebnahme der Kliniken. Denn wie auch in anderen Leistungsbereichen bedingen die nach wie vor geltenden Abstands- und Hygieneanforderungen erhebliche Leistungs- und Prozessveränderungen, die zu Mehrkosten führen. Doch diese Kosten sind in den Vergütungsvereinbarungen nicht berücksichtigt. Zu nennen sind u.a.

- erhöhte Sachkosten für Schutzmaterialien,
- erhöhte Personalkosten durch kleinere Therapiegruppengrößen oder Umstrukturierung von Verpflegungs- und Freizeitangeboten,
- erhöhter personeller und materieller Aufwand bei der Reinigung, unterstützenden Dienstleistungen durch die Umsetzung von Hygienevorschriften,
- erhöhte Kosten für Aufenthalte im Rahmen einer Quarantäne in Folge nicht möglicher oder verzögerter Abreisen.

Es ist abzusehen, dass in vielen Fällen eine volle Belegung unter diesen Bedingungen nicht möglich ist; pro „Kur-Durchgang“ entstehen den Kliniken damit in der Regel mehrere tausend Euro Verluste. Berechnungen des EVA e.V. zufolge ist allein in den diakonischen Kliniken im Jahr 2020 ein Gesamt-Defizit in sechsstelliger Höhe zu erwarten.

So wichtig es für die Kliniken war, in die Ausgleichsregelung nach § 111d SGB V einbezogen zu werden, so dringend ist es nun für den Fortbestand der Einrichtungen, dass der „Corona-Regelbetrieb“, also die Wiederaufnahme des Betriebes unter den geänderten Bedingungen, refinanziert wird.

Vom MGW und der BAG der Freien Wohlfahrtspflege wurde bereits im Rahmen der Stellungnahme zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) vorgeschlagen, zur Abgeltung der außerordentlichen Mehraufwendungen einen pauschalen Zuschlag auf den vereinbarten Vergütungssatz in Ansatz zu bringen.

§ 111d SGB V ist dementsprechend anzupassen. Bis dahin sind die Regelungen nach § 111d SGB V (Corona-bedingte Ausgleichszahlungen) zu entfristen.

4. ZUGÄNGE ZU DEN LEISTUNGEN ERLEICHTERN

Zugang zu Vorsorge und Rehabilitation vereinfachen, Benachteiligung beseitigen!

Während mit dem IPReG der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Verantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für geriatrische und andere vertragsärztliche Verordnungen zur med. Rehabilitation deutlich erleichtert wurde, bleibt die Praxis im Leistungsbereich der §§ 24 und 41 SGB V weiter erheblich erschwert. Gemäß § 40 Abs. 3 SGB V darf die Krankenkasse von der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (sofern es sich nicht um eine geriatrische Rehabilitation handelt, deren Verordnung nicht geprüft wird) hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MDK) vorliegt.

Die gutachterliche Stellungnahme des MDK ist den Versicherten und mit deren Einwilligung in Textform auch den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen. Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter können hingegen durch die Krankenkassen durch einen Bescheid abgelehnt werden, ohne dass die Versicherten eine gutachterliche Stellungnahme des MDK erhalten.

Aufgrund der hohen Belastung dieser Personengruppen muss ein erleichterter Zugang auch zu diesen Leistungen geschaffen werden.

In § 41 SGB V ist klarzustellen, dass die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter in die Regelungen nach § 40 Abs. 3 Sätze 4 bis 6 SGB V einbezogen ist. Die Regelungen im SGB V für die stationäre Vorsorge und Rehabilitation sind entsprechend anzupassen.

Zugang zu medizinischen Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige erleichtern!

Für pflegende Angehörige besteht ein Rechtsanspruch auf stationäre Rehabilitation nach § 40 SGB V; der sonst geltende Vorrang der ambulanten Leistung gilt für diesen Personenkreis nicht. Für stationäre Vorsorgemaßnahmen hingegen gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiterhin.

Wie auch das MGW in seinen Stellungnahmen hinlänglich dargelegt hat, ist die unterschiedliche Bewertung von medizinischer Vorsorge und medizinischer Rehabilitation in diesem Zusammenhang weder gerechtfertigt noch nachvollziehbar. Pflegende Angehörige übernehmen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und dem Fachkräftemangel in der Pflege eine wichtige und unerlässliche gesellschaftliche Aufgabe. Da für die meisten pflegenden Angehörigen aufgrund der familiären Situation ambulante Maßnahmen praktisch kaum nutzbar sind, muss bei Bedarf ein früherer Zugang in präventive Angebote auch in einem stationären Setting ermöglicht werden. Aus Sicht von EVA und Diakonie Deutschland erscheint der erschwerte Zugang zur medizinischen Vorsorge für diese Bezugsgruppe geradezu kurzsichtig und katastrophal in seinen langfristigen Auswirkungen. Um den besonderen Bedarfen pflegender Angehöriger gerecht zu werden, halten wir es daher wie auch das MGW und die BAGFW für erforderlich, dass für pflegende Angehörige beim Anspruch auf stationäre medizinische Vorsorge der Vorrang ambulanter Maßnahmen vor stationären Maßnahmen ausgenommen wird.

§ 23 SGB V ist entsprechend anzupassen.

5. Rechtsanspruch auf vor- und nachstationären Beratungs- und Betreuungsleistung schaffen!

Eine gute medizinische Versorgung der Versicherten im Bereich der stationären Rehabilitation und Vorsorge erfordert eine vorausgehende professionelle Beratung zur umfassenden Bedarfsklärung sowie Leistungen zur Nachsorge zur nachhaltigen Stabilisierung der Gesundheit. Diese Leistungen werden im Verbund des MGWs im Rahmen der sogenannten „Therapeutischen Kette“ in rund 1000 Kurberatungsstellen erbracht. Diese Leistungen werden aus den Eigenmitteln der Verbände und gemeinnützigen Träger finanziert. Angesichts des steigenden Bedarfs bei gleichzeitig rückgängigen Eigenmitteln drohen diese Angebote wegzufallen.

Im Rahmen der aktuellen Covid-19-Pandemie haben die Belastungen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige deutlich zugenommen und der potenzielle Bedarf an diesen spezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ist weiter gestiegen. Gleichzeitig haben sich durch den Lockdown mit Schließung der Müttergenesungskliniken und Neustart mit behördlich angeordneter, reduzierter Auslastung die Wartezeiten für bereits angemeldete Patient*innen sowie für Neuansprüche dramatisch verlängert. Zum Teil gibt es Wartezeiten von bis zu einem Jahr. Dies könnte zu einer dramatischen Ver-

schlechterung des Gesundheitszustandes im Blick auf den Erschöpfungszustand und somit in eine Manifestierung/ Chronifizierung der Beschwerden führen.

Vor allem für Versicherte in prekären Lebenssituationen oder mit sozialer Benachteiligung bietet die Beratung eine wichtige Clearing- und Lotsenfunktion und mindert Zugangshürden zu den erforderlichen Gesundheitsleistungen. In der Beratung wird insbesondere die psychosoziale Dimension des Gesundheitsproblems festgestellt und geprüft, welche Maßnahme der jeweiligen individuellen Lebens- und Gesundheitssituation am zielführendsten entspricht. Das können Rehabilitationsmaßnahmen sein, aber oft auch ergänzende Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen – wie z. B. Ehe- Lebens- Familienberatung, Suchtberatung oder Schuldnerberatung. Der Datenreport des Müttergenesungswerkes zeigt auf, dass das Beratungsergebnis lediglich bei 50 Prozent der Ratsuchenden in eine konkrete Antragstellung mündet; in den anderen Fällen erfolgte die Vermittlung der Ratsuchenden in anderen passgenaue Hilfsangeboten.

Die bisherige Struktur der Beratungsstellen mit überwiegender Eigen- und Spendenfinanzierung durch die Wohlfahrtsverbände ist aufgrund von Mittelrückgängen in den letzten Jahren bedroht. Dies hat zu drastischen Reduzierungen in der Kapazität und zur Schließung von Beratungsstellen geführt: Für die aktuellen Herausforderungen und das Erfordernis der Sicherstellung einer verlässlichen und längerfristigen Beratung für gesundheitlich belastete Familien ist diese Finanzierungsstruktur nicht mehr geeignet.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Sachlage fordern das MGW und seine Mitglieder bereits seit Jahren die Einführung eines Rechtsanspruchs auf vor- und nachstationäre Beratung und Betreuung durch Beratungsstellen im Verbund des MGW oder durch vergleichbare Beratungsstellen, um die Ziele der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge nach §§ 24 und 41 SGB V zu sichern. Durch Ergänzungen der §§ 23 und 40 SGB V ist der Rechtsanspruch auch auf die Personengruppe der pflegenden Angehörigen zu beziehen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) vertrat hierzu bisher die Auffassung, dass die Beratung der Versicherten in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fällt und nicht an Dritte delegiert werden könne. Aus Sicht der Verbände ist es kaum feststellbar, vorstellbar bzw. realistisch, dass die umfänglichen Beratungs-, Unterstützungs- und Nachsorgeleistungen von den Krankenkassen tatsächlich geleistet werden können. Dies gilt insbesondere für Fallkonstellationen, in denen neben der reinen Information weitergehende Unterstützungsleistungen erforderlich sind; zu nennen sind bspw. Klient*innen mit komplexen Problemlagen sowie Senior*innen, bei denen parallel zur Antragsstellung für sich selbst eine zeitgleiche Unterbringung des pflegebedürftigen Angehörigen zu koordinieren ist.

In Rahmenverträgen, die in einem neuen § 132 x zu vereinbaren sind, haben sich daher auf Bundesebene die Krankenkassen mit den Trägern der Beratungsstellen und das Müttergenesungswerk auf die institutionellen Rahmenbedingungen zu verständigen (Anforderungen, Inhalte, Vergütungsgrundsätze, Qualität, usw.). Wir verweisen hier auf die detaillierten Änderungsvorschläge des MGW und der BAG FW, zuletzt in ihren Stellungnahmen zum IPRG.

Zudem fordern wir, dass in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V Aussagen zur Sicherung und Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur zur gesundheitlichen und psychosozialen Beratung insbesondere für Familien in besonderen Belastungssituationen getroffen werden sollen.

6. Leistungsbereich gemeinsam weiterentwickeln!

Der vorliegende Text zeigt vielfältige konzeptionelle und leistungsrechtliche Fragestellungen auf. Zu ergänzen sind diese u.a. im Hinblick auf die Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK). Die UN-BRK erfordert u.a. ein inklusives Gesundheitswesen, in dem den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderungen entsprochen wird. Das Gesundheitswesen wird diesen Ansprüchen in vielerlei Hinsichten noch nicht gerecht; auch nicht der Sektor der Vorsorge und Rehabilitation.

Weiterhin wird deutlich, dass die vorhandenen Platzkapazitäten nicht mehr ausreichen, um den enorm steigenden Bedarfen, auch von pflegenden Angehörigen und den während den Vorsorge- und Reha-Maßnahmen zu versorgenden Pflegebedürftigen gerecht zu werden. Hierfür sind gemeinsam von Politik, Leistungserbringern und Leistungsträgern dringend entsprechende Lösungen zu entwickeln.

Ein drittes Problemfeld sehen wir im Hinblick auf die Anerkennung der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter: Obwohl der Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V politisch und rechtlich unstrittig ist, werden bisher weniger als 10% der Patient*innen im Rahmen von rehabilitativen Leistungen zugewiesen. Nach Aufnahme in die Klinik wird dann jedoch in vielen Fällen ein Reha-Bedarf deutlich. Weiterhin ist festzustellen, dass sich die meisten Ablehnungen seitens der Krankenkassen und Widerspruchsverfahren auf Reha-Leistungen beziehen.

Und obwohl die meisten Kliniken mit den Krankenkassen sowohl Vorsorge- als auch Reha-Leistungen vertraglich vereinbart haben, zugleich aber keine oder kaum Reha-Patient*innen zugewiesen bekommen, müssen sie die hohen Qualitäts- und vor allem Personalanforderungen auch für dieses Segment erfüllen. Damit sind – abgesehen von den ohnehin viel zu niedrigen Kostensätzen und den dramatischen wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie – wirtschaftliche Probleme der Kliniken systematisch vorgezeichnet.

Die Gesundheit von Familien und pflegenden Angehörigen ist von höchstem gesellschaftlichem Interesse. Angesichts der extremen Belastungen und Bedarfslagen ist eine Auseinandersetzung mit den beschriebenen Problemlagen und Anforderungen und eine gemeinsame, konzeptionelle Weiterentwicklung des Leistungsbereiches dringend erforderlich.

Die Diakonie Deutschland und der Evangelische Fachverband für Frauengesundheit schlagen vor, die beschriebenen und ggf. weitere konzeptionelle Fragen gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Krankenkassen, Verbänden, wissenschaftlichen Expertinnen und Experten und Praktikerinnen und Praktikern aus dem Leistungsbereich zu erörtern, um zu einem Konsens zur Zukunft von Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und pflegende Angehörige zu gelangen.

Mütter, Väter und pflegende Angehörige brauchen unsere Unterstützung – jetzt!

Kontakt:

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Dr. Tomas Steffens, MPH
T +49 30 652 11-1665
tomas.steffens@diakonie.de

Evangelischer Fachverband für
Frauengesundheit e. V.
Auguststraße 80
10117 Berlin

Sylvia Brinkmann
T +49 30 84 41 86-41
brinkmann@eva-frauengesundheit.de

August 2020