Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

A. Zusammenfassende Bewertung

Der Referentenentwurf enthält zahlreiche positive Ansätze zur Entbürokratisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Die BAGFW nimmt im Folgenden nur zu ausgewählten Bereichen Stellung, die die Versorgung vulnerabler Personengruppen und/oder ihren Versicherungsschutz betreffen. Überdies verweist die BAGFW auf ihre Stellungnahme zum GeDIG, in der sie zahlreiche Entbürokratisierungspotenziale im Bereich der Digitalisierung der Pflege aufgezeigt hat.

Uneingeschränkt positiv zu bewerten ist:

- Wegfall des Präqualifizierungserfordernisses für Inkontinenzmaterialien in der stationären Langzeitpflege
- Förderung der Barrierefreiheit der Arztpraxen durch verpflichtende Verwendung von 20 Prozent der Fördermittel des Strukturfonds
- Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch Verzicht auf das zweistufige Antragsverfahren bei der Kurzzeittherapie und Einführung einer gesonderten Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendpsychotherapie
- Familienversicherung bei gesetzlicher Dienstpflicht oder Freiwilligendiensten sowie Entwicklungshelfern über das 25. Lebensjahr hinaus, unabhängig von Unterbrechungen durch Schul- oder Berufsausbildung
- Wegfall des Ermessens der Krankenkasse, Beiträge von Studierenden für das gesamte Semester im Voraus leisten zu müssen
- Anspruch auf Krankengeld für Selbständige, wenn die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für dieselbe Erkrankung innerhalb der 6-Wochenfrist während der letzten 6 Monate unterbrochen wurde.

Nachbesserungsbedarfe sieht die BAGFW in folgenden Punkten:

1. **Pflegerische Versorgung**

Themenkomplex Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, Empfehlung von (Pflege-)hilfsmitteln

- Wahl eines anderen Abgrenzungskriteriums für die „Besonderen Medizinprodukte“, wie durchgängiger, bruchfreier Versorgungspfad, um die Intention, HKP und AKI-Verordnungen effizient durchführen zu können
- Streichung der Blanko-Verordnung, da sie durch die Folge-Verordnung nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 ersetzt wird
- Ermöglichung von HKP-Verordnungen bei chronischen Erkrankungen über die Quartalsgrenze oder als Jahresverordnung ausgestellt
- HKP-Verordnungen sollen in § 302 überdies analog zu § 105 SGB XI gemeinsam und einheitlich zwischen GKV-Spitzenverband und Pflegeverbänden statt einseitig von den Krankenkassen festgelegt werden.
- Streichung der Qualifikationsvoraussetzungen für Empfehlung von Pflegefachpersonen zu Hilfs- bzw. Pflegehilfsmitteln nach § 18 Absatz 3 oder § 40 Absatz 6 SGB XI, da Pflegefachpersonen qua Ausbildung über entsprechende Kompetenzen verfügen.

Themenkomplex Entbürokratisierung

- Once-Only-Prinzip für Melde-, Kommunikations- und Datenaustauschpflichten in der Langzeitpflege durch Einführung einer zentralen digitalen Daten- und Kommunikationsplattform
- Wegfall des Erfordernisses eines Krankentransportscheins bei Dauerbehandlungen von Bewohner_innen in der stationären Langzeitpflege.

2. **Versorgung von Menschen mit Behinderungen**
   - Nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen: Positiv zu bewerten ist die Erweiterung des Leistungsanspruchs auf das 21. Lebensjahr, um die Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Aus Sicht der BAGFW sollten die nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen vollständig von den Krankenkassen getragen werden, um praxisgängig gemacht zu werden.
   - Erhalt der Vermutensregelung des Erfordernisses von Hilfsmitteln aufgrund von ärztlichen Empfehlungen im Rahmen der Behandlung in SPZ und MZEB.

3. **Reha**
   - Finanzielle Förderung der Barrierefreiheit von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen
   - Harmonisierung der Rechtsvorschriften zur Qualitätssicherung für die Rehabilitation im SGB V und SGB VI auf der Grundlage des SGB IX
   - Teilnahme aller Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation am externen Qualitätssicherungsverfahren der DRV

- Vergütung der von der DRV hauptbelegten Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation auch durch die GKV nach den mit der DRV vereinbarten Vergütungssätzen.
- Einführung eines vereinfachten Verordnungsverfahrens für die Anschlussrehabilitation analog zur geriatrischen Rehabilitation und Ausweitung dieses Verfahrens auf alle Indikationen.

4. **Krankenversicherungsschutz**
    - Kein Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung für Leistungsberechtigte nach § 4 AsylbIG (eventuell Gesundheitskarte)
    - Gewährleistung eines nahtlosen Anschlusses zur Wiederaufnahme in den Krankenversicherungsschutz für Inhaftierte: Prüfung einer beitragsfreien Krankenversicherung durch Erweiterung der Regelung des § 225 SGB V.

B. Zur Bewertung der Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

HKP-Verordnungen und Verordnungen von Hilfsmitteln

§33b i.V. mit § 15a: Besondere Medizinprodukte im Rahmen von Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege und Außerklinischen Intensivpflege

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass der Gesetzgeber mit der Einführung eines Verzeichnisses von Besonderen Medizinprodukten, die für die Durchführung von Verordnungen von HKP und AKI erforderlich sind, statuiert. Dadurch wird es Pflegefachpersonen mit den entsprechenden Kompetenzen nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in der Praxis erst ermöglicht, im Rahmen der eigenverantwortlichen Verordnung von Leistungen zur häuslichen Krankenpflege einschließlich Hilfsmitteln auch die zu ihrer Durchführung erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel, wie z.B. Urinkatheter, verordnen zu können. Der GKV erstellt nach Absatz 2 ein entsprechendes Verzeichnis, in das auf Antrag der Hersteller entsprechende Medizinprodukte aufgenommen werden sollen. Da das Verzeichnis die Durchführung von HKP- und AKI-Verordnungen betrifft, muss den Spitzenverbänden der Pflege sowie den Verbänden der Patientenvertretung das Recht zur Stellungnahme eingeräumt werden.

Überdies besteht eine RegelungslückeEs ist sicherzustellen, dass alle für die eigenverantwortliche Durchführung von HKP-Folgeverordnungen nach § 73 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 erforderlichen Medizinprodukte von Pflegefachpersonen verordnet werden können, um eine Durchführung der Folge-Verordnung ohne zusätzliche ärztliche Verordnung der Materialien überhaupt erst zu ermöglichen. Dies soll insbesondere auch solche Produkte umfassen, die aktuell unter die Regelungen nach § 31 SGB V fallen, aber für einen kontinuierlichen Versorgungsprozess in der HKP unentbehrlich sind. Dies betrifft insbesondere Teststreifen für Urin und Blutzuckermessung, aber auch Verbandsmaterialien und Wundauflagen.

Denn ein Grundproblem der Regelung besteht in der Definition der “Besonderen Medizinprodukte, wenn Absatz 1 Satz 1 bestimmt, dass dies nur solche sein dürfen, die nicht zur Anwendung durch Laien bestimmt sind. Teststreifen, Urinbeutel und Kathether können jedoch auch durch Laien angewendet werden. Und grundsätzlich gilt für die häusliche Krankenpflege auch der Grundsatz, dass diese auch durch Laien, z.B. Familienangehörige, durchgeführt werden kann, wenngleich manche Maßnahmen auch nur nach Anleitung oder Schulung durch professionelle Pflegefachpersonen. Daher ist das in Absatz 1 Satz 1 gewählte Abgrenzungskriterium nicht trennscharf und hinreichend geeignet, um das von der BAGFW geforderte Ziel einer Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten, die für die Durchführung von Folge-Verordnungen nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 erforderlich sind, zu erreichen. Abgrenzungskriterium sollte die Gewährleistung eines durchgängigen, bruchfreien Versorgungspfads sein.

Die ausdrückliche Regelung zur Übernahme der Energiekosten elektrisch betriebener Hilfsmittel in Absatz 4 wird ebenfalls begrüßt. Werden Energiepauschalen vorgesehen, muss bei nachgewiesenen höheren notwendigen Kosten eine ergänzende Erstattung möglich sein. Menschen mit einem besonders hohen Hilfsmittelbedarf dürfen durch Pauschalierungen nicht finanziell benachteiligt werden.

§ 37 Absätze 9 und 10: Aufhebung der Pflicht zur Evaluierung der HKP-Blankoverordnung

In § 37 SGB V soll die A**ufhebung der Pflicht zur Evaluierung der HKP-Blankoverordnung** gestrichen werden. Begründet wird dies damit, dass angesichts der Regelung des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-G) qualifizierte Pflegefachpersonen zukünftig Folgeverordnung im Rahmen der HKP ausstellen (vgl. § 73d Absatz 1 Nummer 2) und dass auch im Rahmen weiterer Reformbemühungen Kompetenzerweiterungen beispielsweise für Erstverordnungen geplant seien. Folglich erscheine vor diesem Hintergrund die in § 37 Absatz 9 und 10 vorgesehene Evaluation des restriktiv ausgestalteten Blankoverordnungsverfahrens nach Absatz 8 im Lichte des Gebots des Bürokratierückbaus entbehrlich. Unserer Ansicht nach sind nicht nur die Evaluationsregelungen zum Blankoverordnungsverfahren entbehrlich, sondern das Blankoverordnungsverfahren an sich. Zum einen hat das Blankoverordnungsverfahren bisher in der Praxis keine hinreichende Umsetzung erfahren und zum anderen ist auch angesichts der erweiterten Kompetenzen durch das BEEP-G und die geplanten weiteren Verordnungskompetenzen voraussichtlich auch in naher Zukunft nicht mit einer breiten vertraglichen Umsetzung der Blankoverordnung nach Absatz 8 zu rechnen; nicht zuletzt auch deshalb, weil es inhaltliche Überschneidungen zwischen diese beiden Regelungen mit unterschiedlichen Normsetzungsregelungen gibt. Die BAGFW spricht sich deshalb dafür aus, die Regelung zur Blanko-Verordnung in § 37 Absatz 8 SGB V zu streichen und die eigenverantwortliche Ausstellung von HKP-Folgeverordnungen gemäß § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 umzusetzen. Da eine zentrale Umsetzungshürde der Blankoverordnung die fehlenden Vergütungsvereinbarungen waren, ist eine Pflicht zur Vereinbarung von Vergütungen verpflichtend für die Folgeverordnung zu normieren.

Darüber hinaus sieht die BAGFW wesentlichen Möglichkeiten zur Entbürokratisierung der Verordnungen in der häuslichen Krankenpflege über sogenannte Jahresverordnungen, diese können vor allem bei chronischen Erkrankungen als Dauer-Verordnung über die Quartalsgrenze hinaus für das nachfolgende Quartal oder als Jahresverordnung ausgestellt werden können.

§ 302 Absatz 1 Satz 3: Abrechnung bei Empfehlung Pflegefachperson aufgrund § 18b Absatz 3 oder § 40 Absatz 6 SGB XI

Es ist sachgerecht, dass bei einer Abrechnung von Leistungen, die über eine Empfehlung der Pflegefachperson zu Pflegehilfs- und Hilfsmitteln gemäß § 18b Absatz 3 oder § 40 Absatz 6 SGB XI erfolgt, der Befund und die LBNR der Pflegefachperson anzugeben sind. Die BAGFW weist erneut darauf hin, dass 17a Absatz 1 dahingehend zu ändern ist, dass Pflegefachpersonen, die diese Empfehlungen aussprechen, keiner gesonderten Qualifikation bedürfen, da sie über diese Kompetenzen qua Ausbildung verfügen.

Die BAGFW sieht überdies dringenden Korrekturbedarf im Abrechnungsverfahren für die HKP-Verordnungen: Dieses muss analog zu den Regelungen zum DTA in § 105 SGB XI gemeinsam und einheitlich zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Leistungserbringer festgelegt werden (Änderung des § 302 Abs. 2 S. 1) statt einseitig von den Krankenkassen bestimmt werden.

§ 126 Absatz 1c: Abschaffung des Präqualifizierungserfordernis stationärer Pflegeeinrichtungen für die Inkontinenzversorgung

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass der Referentenentwurf ihrem langjährigen Anliegen nachkommt, das Präqualifizierungserfordernis von stationären Einrichtungen bei der Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzmaterialien aufzuheben. Die Anforderung war aus unserer Sicht nicht gerechtfertigt, da die Versorgung mit Inkontinenzmaterialien keine Herstellung oder Zurichtung entsprechender Produkte darstellt und die Kompetenz zur Inkontinenzversorgung bereits qua Qualifikation als Pflegefachperson nachgewiesen ist und überdies bei den externen Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI bewertet wird. Um keine neue Bürokratie zu schaffen, sollte jedoch auch die Notwendigkeit einer einmaligen Bestätigung nach Absatz 1d (neu) gestrichen werden.

Die BAGFW möchte in diesem Zusammenhang ihrer Sorge Ausdruck verleihen, dass der mit der Notfallreform im Bundestag verabschiedete Änderungsantrag zu § 127 Absatz 1c, der die Wiedereinführung von Ausschreibungen geeigneter Hilfsmittel vorsieht und der hier vorgeschlagene § 126 Absatz 1c seine angedachte entlastende Wirkung nicht entfalten kann und es hier erneut zu einer Verschlechterung der Produktqualität bei der Inkontinenzversorgung kommt, mit der Gefahr von Folgeauswirkungen auf die Gesundheit der Bewohner_innen. Die Ausschreibungen der Jahre 2012 bis 2019 hatten gravierende Versorgungsmängel zur Folge, insbesondere massive Hautschäden mit der Gefahr chronischer, schwer heilender Wunden. Fehl- und Billigprodukte führten zur Gesundheitsverschlechterungen und hohen Folgekosten. Dieser Qualitätsverlust war ausschlaggebend für die Abschaffung der Ausschreibungspflicht mit dem TSVG 2019. Es ist daher sicherzustellen, dass bei der Auswahl der zur Ausschreibung geeigneten

Hilfsmittel Satz 4 des § 127 Absatz 1c zum Tragen kommt, wonach Inkontinenzmittel zu den „auf Dauer angelegten Versorgungen, bei denen ein Wechsel des Leistungserbringers mit erheblichen Belastungen für die Versicherten oder mit Risiken für die Kontinuität oder Qualität der Versorgung verbunden sein kann“, gehören und von den Ausschreibungen ausgenommen werden.

Schiedswesen

§§ 71 bis 71d: Schiedswesen

Die Bündelung gleichlautender Regelungen zu Schiedsverfahren in den unterschiedlichen Bereichen des Leistungserbringerrechts in den neuen §§ 71 bis 73d wird im Sinne der Verbesserung der Rechtsförmlichkeit für folgerichtig gehalten.

Nach § 71a Absatz 2 soll bei Nichteinigung der Vertragspartner auf eine Schiedsperson diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse oder für den vertragsschließenden Verband zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt werden. Dies ist nicht für alle in § 71a Absatz benannten Verfahren eine sachgerechte Lösung, da beispielsweise nach § 132a Absatz 4 Satz 1 bzw. nach § 132a Absatz 3 neu die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen. Analoge Regelungen befinden sich in § 132l Absatz 5.

Deshalb schlagen wir vor § 132a Absatz 3 Satz 11 neu und § 132l Absatz 5 Satz 9 neu wie folgt zu formulieren: „Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Versorgungsvertrages durch eine vom Bundesamt für Soziale Sicherung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt“.

Positiv zu bewerten ist, dass für die Vergütungsverfahren nach §§ 39a, 132, 132a, 132b, 132d sowie 132l geregelt wird, dass es keinen vertragslosen Zustand geben kann, wenn ein alter Vertrag ausgelaufen und ein neuer noch nicht zustande gekommen ist.

Versorgung von Menschen mit Behinderung

§ 33 Absatz 1: Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Neufassung in § 33 Abs.1 S.2 SGB V verzichtet auf die Formulierung der „Anforderung an die Qualität der Versorgung“. Die Sicherstellung der Versorgungsqualität ist jedoch insbesondere im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten. Die Sicherstellung allein der Produktqualität, wie nun im RefE formuliert, ist keinesfalls ausreichend. Ein Hilfsmittel, welches in der Qualität ohne Fehler ist, kann für die Versorgung des einzelnen Patienten nicht geeignet sein. Es ist damit zu rechnen, dass diese Änderung zu entsprechenden Änderungen im Hilfsmittelverzeichnis führen wird - mit absehbar weiteren negativen Folgen auf die Qualität der Versorgung. Wir fordern daher die Rücknahme der Streichung.

§ 33 Absatz 5a: Ausschluss des Genehmigungsverzichts von Krankenkassen für Hörhilfen

Ausweislich der Begründung steigt die Anzahl von Versicherten, die mit nicht-aufzahlungsfreien Hörhilfen versorgt werden. Daher soll geregelt werden, dass Hörgeräte künftig wieder beantragt sowie genehmigt werden müssen, auch wenn es keine Verschlechterung des Hörvermögens gibt. Diese Maßgabe, die Versicherte vor finanzieller Überforderung schützen soll, wäre nur sinnvoll, wenn damit eine Beratung einhergeht, ob mit einem aufzahlungsfreien Hörgerät eine gleichwertige Versorgung einhergeht. Eine private Zuzahlung ist jedoch nicht automatisch ein Hinweis auf eine Fehlversorgung oder eine unzureichende Beratung. Es ist zu befürchten, dass ein ausnahmsloser vorheriger Genehmigungsvorbehalt die zeitnahe Versorgung mit Hörhilfen erschweren kann. Ein Genehmigungsverfahren darf nicht dazu führen, dass Versicherte bei der Gestaltung ihrer Versorgung in einer Weise unnötig eingeschränkt werden, welche über die Sicherung eines bedarfsgerechten, zeitnahen und mehrkostenfreien Leistungsangebots hinausgeht. Betroffenen wird somit ihre rechtlich zustehende Teilhabe verwehrt. Die Möglichkeit der Krankenkassen, bei geeigneter Hörhilfsmittelversorgung auf eine vorherige Genehmigung zu verzichten, sollte deshalb beibehalten werden.

§ 33 Absatz 5c: Streichung der Vermutensregelung bei Empfehlung von Hilfsmitteln durch SPZ und MZEB

Mit der Einführung des § 33 Absatz 5c intendierte der Gesetzgeber eine schnellere und verbesserte Hilfsmittelversorgung des hochvulnerablen Personenkreises von Kindern und Erwachsenen mit schweren Behinderungen. Dieses Ziel wurde jedoch nicht erreicht, denn in der Praxis prüfen die Krankenkassen weiterhin aufwändig Empfehlungen, auch wenn es keinen offenkundigen Zweifel am Erfordernis des verordneten Hilfsmittels gibt, sodass die vorgesehene Änderung am Kern des Problems vorbeigeht. Nicht hinnehmbar ist überdies die Regelung des Satzes 4, wonach die Krankenkassen einseitig Richtlinien zu den Empfehlungen des SPZ und MZEB erlassen können sollen. Derartige Regelungen sind grundsätzlich im Rahmen der Selbstverwaltung durch den GBA zu treffen.

Änderungsbedarf:

Streichung der vorgesehenen Regelung.
Satz 1 wird um Folgendes ergänzt:

“Sollte die Krankenkasse davon ausgehen, dass offenkundig die Erforderlichkeit im Einzelfall nicht gegeben ist, teilt sie dies den Versicherten unter Darlegung der Gründe schriftlich oder elektronisch binnen zwei Wochen nach Antragseingang mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, hat die Krankenkasse von der Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels auszugehen”

§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen SGB V

Die BAGFW begrüßt, dass der Rechtsanspruch des § 43a sich mit dem Entwurf auch auf Jugendliche sowie auch auf junge Volljährige bis zum 21. Lebensjahr bezieht, soweit deren Weiterversorgung im Einzelfall erforderlich. Mit diesen Regelungen wird insbesondere dem Problem der Versorgungsabbrüche bei jungen Volljährigen begegnet.

Die BAGFW weist auf ein allgemeineres Problem hin: Der Bundesrat hat sich in seiner Stellungnahme zum Kabinettsentwurf des GVSG (BR Drs. 234/24 vom 5.7.2024) nicht nur für die Weiterversorgung für junge Erwachsene ausgesprochen, ein Anliegen, das nun aufgenommen werden soll, sondern auch auf das Problem hingewiesen, dass weder Krankenkassen noch Eingliederungshilfe bzw. Kinder- und Jugendhilfe sich in allen Regionen der Bundesrepublik für die Refinanzierung der nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen in Finanzverantwortung sehen.

Der Bundesrat hatte vorgeschlagen, dass ein reformulierter § 43a bestimmt, dass nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen - nicht nur die Diagnose und die Aufstellung eines Behandlungsplans - durch die Krankenkassen getragen werden. Dazu sollen in Absatz 1 die Wörter „und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen“ gestrichen und Absatz 2 aufgehoben werden. Die BAGFW bittet darum, diese Lösung und die ihr zugrunde liegenden Argumente zu prüfen.

§ 105 Absatz 1a Satz 5: Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Arztpraxen

Die Verpflichtung der KVen zur Verwendung von mindestens 20 Prozent der Mittel des Strukturfonds nach § 105 für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderung, z.B. durch Herstellung von räumlicher und sächlicher Barrierefreiheit in Arztpraxen, wird von der BAGFW mit großem Nachdruck begrüßt, denn noch immer sind Menschen mit Behinderung durch hohe bauliche, räumliche, sächliche und kommunikative Hürden in ihrer medizinischen Versorgung benachteiligt. Es handelt sich um die Umsetzung einer Maßnahme aus dem Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen des BMG. Die BAGFW regt an, zeitnah weitere der dort genannten Maßnahmen zur Steigerung der Barrierefreiheit umzusetzen.

Rehabilitation

§ 111 Abs. 7 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen SGB V

Die BAGFW begrüßt der Sache nach, dass in die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation, die der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Leistungserbringerverbände auf Bundesebene vereinbaren, Aussagen zur Ausgestaltung einer barrierefreien Rehabilitation aufgenommen werden sollen. Die inklusive und barrierefreie Gestaltung des Gesundheitswesens ist ein Anliegen, das wir seit Jahren verfolgen und zu dem wir zahlreichen Anregungen entwickelt haben. Wir halten es für erforderlich, wenn detaillierte Vorgaben zum Umfang der Barrierefreiheit gesetzlich normiert werden

und klargestellt wird, dass nicht nur bauliche Barrierefreiheit umfasst ist, sondern dies auch die Kommunikation, die Hilfsmittelversorgung, die Anforderungen bei kognitiven und sonstigen Beeinträchtigungen betrifft. Ferner müsste an dieser Stelle auch eine Verpflichtung zur individuellen Anpassung aufgenommen werden.

Die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge stehen mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz unter erheblichem wirtschaftlichem Druck. Neue Anforderungen können nur erfüllt werden, wenn den gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für den Umbau und Betrieb explizit außerhalb der Bestimmungen von § 111 Absatz 5 und § 111c Absatz 5 aufgegeben werden. Andernfalls ist die Realisierung einer barrierefreien Rehabilitation nur im Rahmen der zur Verfügung gestellten Mittel zu bewerkstelligen.

Psychotherapeutische Versorgung

Die BAGFW begrüßt ausdrücklich die nun geplanten Verbesserungen in der psychotherapeutischen Versorgung. Vor dem Hintergrund der aufgrund des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes zu erwartenden Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung werden die zu erwartenden Probleme hierdurch nur minimal abgefedert.

§ 92 Absatz 6a: Verzicht auf ein zweistufiges Antragsverfahren bei der Kurzzeittherapie

Für die meisten Patient_innen, die von einer Kurzzeittherapie profitieren, bedarf es mehr als 12 Therapieeinheiten. Der Verzicht auf einen zweiten Antrag, den der GBA regulieren soll, entlastet alle Beteiligten: die Versicherten, die Psychotherapeut_innen und die Krankenkassen. Die BAGFW hatte sich stets dafür eingesetzt.

§ 101 Absatz 4a: Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendpsychotherapie

Die BAGFW hat sich aufgrund des seit Corona drastisch gestiegenen Bedarfs von Kindern und Jugendlichen nach psychotherapeutischer Versorgung und der gleichzeitigen Unterversorgung für eine gesonderte Bedarfsplanung in diesem Bereich eingesetzt und begrüßt die mit diesem Gesetz vorgesehene Einführung. Angesichts der Tatsache, dass das HiB erst Anfang Dezember im Kabinett verabschiedet werden soll, ist die in Absatz 4a Satz 2 vorgesehene Frist für die Bedarfsplanung 31.12.2026 als ebenso unrealistisch zu bewerten wie die in § 87 Absatz 1 Satz 15 neu vorgesehene Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für psychotherapeutische Leistungen im BMV-Ä.

Regelungen zum Krankenversicherungsschutz

§ 62 Absatz 4: Informationspflicht der Krankenkassen über Belastungsgrenze

Die Intention des Referentenentwurfs, dass Versicherten, die im laufenden Kalenderjahr von den Zuzahlungen befreit sind, von ihrer Krankenkasse gleich zu Beginn des neuen Kalenderjahrs einen Antrag auf Zuzahlungsbefreiung erhalten, wird unterstützt. Hierfür reicht eine allgemeine Informationspflicht der Krankenkassen, wie sie hier vorgesehen ist, jedoch nicht aus. Vielmehr sind die Regelungen in § 62 Belastungsgrenze so zu

überarbeiten, dass Krankenkassen in die Lage versetzt und dazu verpflichtet werden können, betroffenen Versicherten eine automatische Information zukommen zu lassen, sobald sie die Belastungsgrenze erreicht haben und eine Zuzahlungsbefreiung beantragen können bzw. den Versicherten direkt eine Zuzahlungsbefreiung ausstellen.

Die Informationspflicht der Krankenkassen sollte ausdrücklich eine barrierefreie und verständliche Kommunikation umfassen. Persönliche und analoge Zugangswege müssen erhalten bleiben. Versicherte sind verständlich über die Fortführung der Befreiung, erneut erforderliche Anträge und die Möglichkeit einer Neuberechnung bei gesunkenem Einkommen zu informieren.

§ 62 Absatz 5: Verlängerung des Befreiungszeitraum

Die Regelung, wonach chronisch erkrankte Menschen, die an zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren nach Erreichen der Belastungsgrenze von Zuzahlungen befreit waren, ein weiteres Jahr keine Nachweise erbringen müssen, danach aber erneut den Antrag stellen müssen, ist grundsätzlich zwar zu begrüßen, entlastet aber insbesondere chronisch kranke Menschen nur bedingt. Zahlreiche Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf- oder Diabeteserkrankungen bestehen lebenslang. Es sollte daher eine Positivliste geben, für welche Erkrankungen die automatische Zuzahlungsbefreiung ohne weiteren Antrag oder mit Antrag in einem größeren Abstand wie z.B. 5 Jahre gilt.

§ 5 Absatz 8a i.V. mit § 188 Absatz 4 Satz 2, § 412: Ausschluss von Menschen in § 4 AslybLG von der obligatorischen Anschlussversicherung

Die Intention des Gesetzgebers, eine Anhäufung von Beitragsschulden durch die obligatorische Anschlussversicherung zu vermeiden, wird grundsätzlich geteilt. Aus Sicht der BAGFW ist dies jedoch nicht zu erwirken, indem der Verbleib in der Gesetzlichen Krankenversicherung für alle zuvor pflicht- oder familienversicherten Personen mit Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach § 4 AsylbLG ausgeschlossen wird.

Die geplante Änderung lehnt die BAGFW daher entschieden ab. Sie würde Personen, die zuvor einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen sind, auf einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach § 4 AsylbLG zurückwerfen, der deutlich unter dem Leistungsanspruch regulär gesetzlich krankenversicherter Personen liegt. Der Anspruch umfasst Gesundheitsleistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei chronischen Erkrankungen, wenn akuter Behandlungsbedarf besteht oder eine Behandlung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist, Gesundheitsleistungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie Schutzimpfungen. Die BAGFW fordert seit langem, dass die Leistungen nach § 4 AsylbLG einen Anspruch auf vollwertige Versorgung bei Krankheit bieten. Das ist leider bis heute nicht der Fall. Entsprechend stellt das BSG fest, „nur (Analog-)Leistungen nach § 2 AsylbLG führen über § 264 Abs 2 SGB V zur hier ausreichenden, aber auch erforderlichen krankenversicherungsgleichen Absicherung“ (Urteil vom 10.03.2022, B 1 KR 30/20 R, Rn. 23). Das gilt auch nach der geplanten Änderung in § 5 Abs. 8a S. 2 SGB V. Es ist aus Sicht der BAGFW vor diesem Hintergrund keine Begründung dafür ersichtlich, Personen die bereits Teil

des Sozialversicherungssystems geworden sind und entsprechende Beiträge erbracht haben, wieder aus der GKV auszuschließen, weil sie (wieder) Leistungsberechtigte nach AsylbLG sind. Vielmehr hat der Gesetzgeber sicherzustellen, dass die Versicherungsbeträge im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung von der zuständigen Leistungsbehörde nach AsylbLG regelhaft und zuverlässig übernommen werden. Die Rechtsgrundlage für die Beitragsübernahme ist § 6 Abs. 1 bzw. Abs. 2 AsylbLG. Sozialgerichte haben schon in mehreren Eilverfahren eine Pflicht zur Kostenübernahme festgestellt (SG Karlsruhe, Beschluss vom 21. Juli 2025, S 12 AY 1183/25 ER; SG Heilbronn, Beschluss vom 23. Juni 2025, S 15 AY 1361/25 ER; SG Stuttgart, Beschluss vom 27. Mai 2025, S 9 AY 300/25 ER). Daher wäre aus Sicht der BAGFW aus Gründen der Rechtssicherheit sinnvoll, eine ausdrückliche Pflicht zur Beitragsübernahme im AsylbLG zu normieren. Nicht zuletzt bedeutet die geplante Regelung auch für die Verwaltung eine Mehrbelastung, da bei Personen, die bereits einmal gesetzlich krankenversichert waren, die Umstellung per se einen Aufwand bedeutet.

§ 4 AsylblG i.V. mit § 264 SGB V: Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Um die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden wirksam unbürokratischer zu gestalten, schlägt die BAGFW vor, im Rahmen des geplanten Gesetzes die schon lange geforderte bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte endlich umzusetzen. Mit der elektronischen Gesundheitskarte erhalten asylsuchende Menschen eine Chipkarte, mit der sie Gesundheitsleistungen im Rahmen des durch das AsylbLG vorgegebenen Leistungsumfangs nehmen können. In den Bundesländern und Kommunen, in denen sie bereits eingeführt ist, hat sie sich hinreichend bewährt. Wo sie nicht eingeführt ist, geben kommunale Sozialbehörden quartalsweise oder anlassbezogen Behandlungsscheine aus, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen berechtigen. Hierdurch finden medizinische Behandlungen oft erst zeitlich verzögert statt. Das System ist zudem im hohen Maße anfällig für Zufallsentscheidungen. Aus Sicht der BAGFW ist nicht nachvollziehbar, warum in weiten Teilen Deutschlands weiterhin Sondersysteme aufrechterhalten werden, die höhere Kosten verursachen, einen hohen bürokratischen Aufwand für Praxen und Kommunen bedeuten und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende unnötig erschweren.

Die BAGFW schlägt eine Anpassung von § 264 SGB V, die es ermöglicht Gesundheitsleistungen nach AsylbLG generell über eine elektronische Gesundheitskarte abzuwickeln. Da der Leistungsumfang nicht ausgeweitet wird, ist nicht mit Mehrausgaben zu rechnen. Hingegen werden die Sozialbehörden, die unter hoher Arbeitsbelastung und Personalmangel leiden, wirksam entlastet.

§ 191 Nummer 5 neu: Ende der freiwilligen Versicherung bei Inhaftierung

Beitragsschulden, die sich während der Inhaftierung in Folge fehlender Kommunikation mit den Krankenkassen angehäuft haben, sind ein häufiges Thema in den Schuldnerberatungsstellen der BAGFW. Inhaftierung betrifft versicherungsrechtlich häufig die gesamte Familie im Rahmen einer Familienversicherung. Daher wird der Vorrang einer eigenen beitragsfreien Familienversicherung gegenüber einer beitragspflichtigen

freiwilligen Mitgliedschaft, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür vorliegen, ausdrücklich begrüßt.

Über die Vermeidung von Beitragsschulden hinaus muss die Regelung in ein Gesamtkonzept zur Sicherung der Versicherungskontinuität eingebettet werden. Ziel muss sein, für alle betroffenen Personen den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung und einen nahtlosen Übergang in die gesundheitliche Versorgung nach der Haftentlassung zu gewährleisten. Dabei sollte der Erhaltung einer Mitgliedschaft in der GKV Vorrang gegenüber etwaigen Beitragsschulden oder ggf. einer bloßen Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 SGB V nach der Haft eingeräumt werden. Zwar wird durch die hier vorgesehene Regelung einer automatischen Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV dem Problem der Beitragsschulden während der Haft vorgebeugt. Eine automatische Beendigung darf jedoch nicht dazu führen, dass eine im Einzelfall sinnvolle und von der betroffenen Person gewünschte Fortführung ausgeschlossen wird. Daher sollte unter bestimmten Voraussetzungen auch eine beitragsfreie Fortführung der freiwilligen Mitgliedschaft als Anwartschaft auf die Fortführung des Versicherungsverhältnisses nach der Haft in Betracht kommen. Eine entsprechende Regelung könnte analog zu § 225 SGB V analog beispielsweise zu Waisenrentnern.

Darüber hinaus ist die Situation derjenigen Personen zu berücksichtigen, deren Pflichtmitgliedschaft im Zusammenhang mit der Inhaftierung endet. Für sie kann unter den gesetzlichen Voraussetzungen ein Beitritt zur freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V in Betracht kommen. Diese Personengruppe wird durch den vorliegenden Regelungsansatz nicht hinreichend berücksichtigt.

Entscheidend insgesamt ist deshalb, die bestehenden gesetzlichen Beratungspflichten der Krankenkassen konsequent umzusetzen und durch verbindliche Verfahren bei Haftantritt abzusichern. Bereits bei der Aufnahme in die Haftanstalt muss mit der inhaftierten Person ein Beratungsgespräch zur Klärung ihres Versicherungsverhältnisses stattfinden; die individuelle Beratung durch die zuständige Krankenkasse muss sichergestellt werden.

§ 49 Krankengeld für Selbständige

Die Angleichung der Krankengeldregelung für Selbständige an die entsprechende Regelung für nicht-selbständig Beschäftigte, wonach das Krankengeld im Anschluss an eine AU auch dann gezahlt werden kann, wenn während derselben Krankheit diese 6-Wochen-Frist zwar unterbrochen, aber innerhalb der letzten 6 Monate bestand, wird ausdrücklich begrüßt. Wir regen allerdings an, dass für die in § 49 Abs. 1 Nr. 7 genannten Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach Ablauf von zwölf Monaten kein erneuter Ruhenszeitraum eintritt. Eine Besserstellung gegenüber Arbeitnehmern ist damit nicht verbunden, da diese in diesem Fall Anspruch auf die regelmäßig höhere Entgeltfortzahlung haben.

§ 127 Abs. 13 SGB V (Art. 1 Nr. 76) – Festlegung des Prüfbereichs

Bei der Festlegung des Prüfbereichs ist wichtig, dass die Beteiligung der Patientenvertretung als Mitberatungsrecht nach § 140f Abs. 4 SGB V ausgestaltet wird, einschließlich eines Antragsrechts zur Benennung des Versorgungsbereichs. Die Organisationen nach § 140f sind zudem vor der Veröffentlichung des Qualitätsberichts nach § 127 Abs. 14 anzuhören.

§ 127 Abs. 15 SGB V (Art. 1 Nr. 76) – Richtlinien zur Qualitätssicherung

Die bislang unverbindlichen Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung werden in verbindliche Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes überführt. Diese regeln den Umfang der Stichproben, Versichertenbefragungen und die Kriterien für Auffälligkeiten. Eine Beteiligung der Patientenorganisationen ist nicht vorgesehen. Da insbesondere die Ausgestaltung von Versichertenbefragungen und die Definition von Auffälligkeiten die Erfahrung der Versicherten unmittelbar berühren, ist die Patientenvertretung hier einzubeziehen.

§ 127 Abs. 1 bis 3 und 5 SGB V (Art. 1 Nr. 76) – Rahmenvertrag und Schiedsstelle

GKV-Spitzenverband und Leistungserbringerverbände sollen einen bundesweit verbindlichen Rahmenvertrag über administrative Inhalte schließen, darunter Formulare, Beratungsdokumentationen, Mehrkostenerklärungen und Genehmigungsfreigrenzen. Eine ständige Schiedsstelle entscheidet bei Nichteinigung über Rahmenvertrag und Einzelverträge. Die hier vereinbarten Inhalte bestimmen, wie Versicherte beraten werden und wie Mehrkosten dokumentiert werden. In den Schiedsstellen nach § 130b Abs. 5 (Art. 1 Nr. 79) und § 134 (Art. 1 Nr. 90) behält der Entwurf das beratende Teilnahmerecht der Patientenorganisationen ausdrücklich bei. Für die neue Hilfsmittel-Schiedsstelle, deren Sprüche bundesweit für alle Hilfsmittelverträge gelten, fehlt eine entsprechende Regelung. Diese Ungleichbehandlung ist sachlich nicht begründet und somit entsprechend nachzujustieren.

§ 137f Abs. 2a SGB V (Art. 2 Nr. 3 Buchst. b) – Schulungen

Der G-BA soll die Anforderungen an Schulungen ausgestalten, wobei Schulungen in der Regel digital oder telemedizinisch erfolgen können. Liegen keine hinreichend evaluierten Schulungen vor, regelt der G-BA stattdessen Anforderungen an Patienteninformationen. Da Schulungen ein Kernelement und eine wichtige Voraussetzung des Selbstmanagements chronisch kranker Menschen sind, kann die Ersetzung durch Patienteninformationen und der Vorrang digitaler Formate die Qualität der Programme senken. Für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit geringer digitaler Kompetenz entstehen zudem Zugangshürden.

In § 137f Abs. 2a Satz 2 ist deshalb zu ergänzen, dass Versicherte einen Anspruch auf eine Präsenzschulung behalten, wenn sie dies wünschen. Patienteninformationen nach Satz 3 sollen nur übergangsweise gelten, verbunden mit dem Auftrag an den G-BA, die Entwicklung und Evaluation geeigneter Schulungen zu veranlassen. Selbsthilfeorganisationen sind bei der Entwicklung von Schulungen und Patienteninformationen einzubeziehen.

§ 137f Abs. 3 und 3a SGB V (Art. 2 Nr. 3 Buchst. c und d) – Angebotspflicht und Information

Wir begrüßen, dass die Krankenkassen für jede vom G-BA festgelegte chronische Krankheit ein DMP anbieten sollen und Versicherten die Teilnahme innerhalb eines Jahres ermöglichen müssen. Damit können die bislang nicht umgesetzten Programme, unter anderem zu Depression, chronischem Rückenschmerz, Herzinsuffizienz, rheumatoider Arthritis, Osteoporose und Adipositas, endlich in der Versorgung ankommen. Bei der Umsetzung ist wichtig, dass die schriftlich oder elektronisch zu bestätigenden Informationen nach § 137f Abs. 3a barrierefrei bereitgestellt werden. Die Bestätigung soll auch im Rahmen der Einschreibung bei der behandelnden Praxis erfolgen können.

Digitalisierung

§ 197a SGB V (Art. 1 Nr. 101) – Fehlverhaltensbekämpfung

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten sollen gemeinsam automatisierte Anwendungen einschließlich KI-Modellen entwickeln (Abs. 1a). Sie sollen personenbezogene Daten untereinander und an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln und auswerten, soweit dies „erforderlich oder zweckmäßig“ ist (Abs. 3a). Die BAGFW unterstützt die wirksame Bekämpfung von Abrechnungsbetrug, der der Solidargemeinschaft schadet. Der Maßstab „zweckmäßig“ senkt jedoch die Schwelle für die Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten deutlich unter das Erforderlichkeitsprinzip. Versichertendaten sind nach Abs. 3b nur zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf ihre Mitwirkung vorliegen. Wer solche Hinweise feststellt und wie Versicherte von einer Verarbeitung erfahren, bleibt offen.

Wir fordern, dass in § 197a Abs. 3a Satz 1 die Worte „oder zweckmäßig“ gestrichen werden. Für KI-Anwendungen nach Abs. 1a ist eine Datenschutz-Folgenabschätzung und die Beteiligung der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz vorzuschreiben. Bei der Erstellung des Konzepts nach Abs. 7 sind die Organisationen nach § 140f anzuhören.

§§ 394 bis 394b Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung (§§ 394 bis 394b)

Grundsätzlich ist die Förderung der Digitalisierung des Gesundheitswesens zu begrüßen. An der Finanzierung des Fonds ist die PKV zu beteiligen.

Mit diesen Mitteln wird der Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung aufgebaut. Das Ziel, die IT-Sicherheit der Gesundheitsversorgung und damit den Schutz vor Cyberangriffen zu stärken, wird ausdrücklich begrüßt. Beim Ziel, die praktische Umsetzbarkeit im Versorgungsalltag und bei den digitalen Transformationsprozessen der Einrichtungen der ambulanten Versorgung zu stärken (§ 394b Absatz 2 Nummer 1), müssen von Anfang an die Pflegeeinrichtungen, auch als Leistungserbringer medizinscher Behandlungspflege, sowie die Patientenvertretung in Digital Health Council mit einbezogen werden.

C. Ergänzender Handlungsbedarf

1. Pflege

Digitale Entbürokratisierung durch eine zentrale Daten- und Kommunikationsplattform Pflege nach dem Once-Only-Prinzip

Die Digitalisierung der Pflege ist derzeit durch eine Vielzahl nebeneinanderstehender Melde-, Kommunikations- und Datenaustauschwege geprägt. Pflegeeinrichtungen müssen Daten und Informationen bspw. nur zum Zwecke der externen Qualitätssicherung häufig mehrfach bereitstellen, unterschiedliche Portale zur Datenerhebung und zum Datenabruf nutzen, verschiedene Registrierungs- und Authentifizierungsverfahren durchlaufen und parallel über digitale sowie analoge Kommunikationswege mit Pflegekassen, Prüfdiensten, Behörden und weiteren Akteuren kommunizieren. Dies verursacht erhebliche Verwaltungsaufwände, Medienbrüche und Fehlerquellen.

Anstatt diese Fragmentierung konsequent zu überwinden, entstehen derzeit sogar weitere digitale Strukturen mit jeweils eigenem Zweck. So wird beim GKV-Spitzenverband bis Oktober 2027 neben der bestehenden Datenauswertungsstelle Pflege und der Datenclearingstelle Pflege, eine weitere Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Abs. 1a SGB XI im Bereich der externen Qualitätssicherung aufgebaut. Mit dem im Pflegeneuordnungsgesetz geplanten § 8 Abs. 4 SGB XI-E soll nun eine weitere digitale Plattform geschaffen werden, um den Ländern vorhandene, nicht personenbezogene Versorgungsdaten [Routinedaten] als Grundlage für die kommunale Pflegestrukturplanung zur Verfügung zu stellen. Ein weiteres Vorhaben wurde nun in der Kabinettfassung über § 53e SGB XI-E eingeführt und betrifft eine Datenbank des Medizinischen Dienst Bund, welche Begutachtungsdaten, aber auch Daten bzw. Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen bündeln und zur Auswertung bereitstellen soll.

Die Vorhaben verfolgen für sich genommen nachvollziehbare Ziele. Insgesamt stellt sich für die BAGFW jedoch die Frage, ob der fortlaufende Aufbau zusätzlicher Plattformen nicht zu einer weiteren Zersplitterung der digitalen Landschaft in der Pflege führt, die letztlich für alle Beteiligten zur Be- statt zur Entlastung wird. Aus Sicht der BAGFW sollte nicht die Schaffung weiterer isolierter Plattform- und Datenbankenlösungen im Vordergrund stehen, sondern die Entwicklung einer gemeinsamen Daten- und Kommunikationsinfrastruktur für die Pflege angegangen werden. Ziel muss es sein, die Vorhaben und Prozesse zusammenzuführen und Daten nach dem Once-Only-Prinzip nur einmal zu erfassen und anschließend allen berechtigten Stellen für ihre jeweiligen Aufgaben und Auswertungsprozesse zur Verfügung zu stellen.

Eine solche zentrale Plattform würde einen wesentlichen Beitrag zur Entbürokratisierung leisten, die Datenqualität verbessern, sowie Kosten einsparen. Statt bestehende Bürokratie lediglich zu digitalisieren, sollten Prozesse und Plattformlösungen neu gedacht, vereinheitlicht und vereinfacht werden. Zudem ist die Pflegeselbstverwaltung in die Entwicklung einzubeziehen, da ansonsten die Perspektive und Expertise relevanter Akteure, wie Leistungserbringerverbände sowie Betroffenenverbände, fehlt.

§ 85 Absatz 4 SGB XI Digitales Unterschriftenverfahren bei Pflegesatzverfahren.

Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist schriftlich abzuschließen.

In Absatz 4 Satz 2 ist der Begriff “schriftlich” durch “textlich” zu ergänzen, um auch digitale Unterschriften- und Übermittlungsverfahren zu ermöglichen.

Kein Erfordernis Krankentransportschein bei Dauerbehandlungen von Bewohner_nnen in der stationären Langzeitpflege

In stationären Pflegeeinrichtungen wird ein Krankentransport für die Bewohner_innen aufgrund deren Multimorbidität häufig benötigt, sei es für Fahrten ins Krankenhaus oder auch zur ambulanten fachärztlichen Versorgung. Zwar sind Pflegebedürftige der PG 3 bis 5 von der Genehmigungspflicht des Krankentransports durch die Krankenkassen befreit, gemäß der Krankentransport-Richtlinie bedarf es dennoch der Ausstellung eines Krankentransportscheins, der durch die Krankenkasse erfolgen muss. Dies verursacht den Einrichtungen einen hohen bürokratischen Aufwand und kann die notwendige Behandlung verzögern.

Änderungsbedarf:

§ 60 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 ist wie folgt zu ändern:

„2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 ~~zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität~~. **Der Ausstellung eines Krankentransportscheins bedarf es nicht.**“

2. Rehabilitation

Weniger Bürokratie durch harmonisierte Rechtsvorschriften auf Grundlage des SGB IX

In der externen Qualitätssicherung gibt es in der medizinischen Rehabilitation zwei parallele Verfahren der Kranken- und Rentenversicherung. Im Sinne einer Entbürokratisierung und wirtschaftlichen Nutzung der Ressourcen plädiert die BAGFW für ein gemeinsames Verfahren der externen Qualitätssicherung von GKV und DRV unter gleichberechtigter Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer nach dem Muster von QS-Reha im SGBV. Die entsprechenden Regelungen sind im SGB IX zu fixieren.

In einem ersten Schritt wird vorgeschlagen, dass auch die wenigen Kinder- und Jugendreha-Einrichtungen, die von den Krankenkassen hauptbelegt werden, am externen Qualitätssicherungsverfahren der DRV teilnehmen müssen. In der Kinder- und Jugendrehabilitation ist die DRV der mit Abstand größte Kostenträger. Beide Rehabilitationsträger sind für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gleichrangig

zuständig. Bei Belegung durch die gesetzliche Krankenversicherung müssen die Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation mit den Krankenkassen separate Vergütungsverträge bei einem identischen Profil der Leistungserbringung abschließen.

Um nicht zu begründende doppelte Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen zu vermeiden, wird vorgeschlagen, dass die Vergütung durch die Krankenkassen dem hauptbelegenden Rentenversicherungsträger folgt.

Weniger Bürokratie bei Anschlussrehabilitation

Derzeit ist (nach § 40 Abs. 3) eine Anschlussrehabilitation ohne vorherige medizinische Überprüfung durch die Krankenkassen – trotz ärztlicher Verordnung auf der Grundlage einer methodischen Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs – nur bei bestimmten Indikationen möglich. Es wird vorgeschlagen dieses Verfahren dadurch zu vereinfachen und zu beschleunigen, indem in Zukunft auf die vorherige Prüfung der Krankenkassen verzichtet wird.

Ausweitung der vereinfachten Verordnung geriatrischer Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 3 Satz 2 auf alle Indikationen

Die vereinfachte vertragsärztliche Verordnung geriatrischer Rehabilitation gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2, d.h. ohne medizinische Überprüfung durch die Krankenkasse, ist auf alle Indikationen auszuweiten. Dies würde die Antrags- und Bewilligungsprozesse erleichtern und die Maßnahmen könnten zügiger erbracht werden.

Berlin, den 17.11.2026

Bundesarbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege e.V.

Kontakt
Thorsten Mittag (altenhilfe@paritaet.org)
Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)
Dr. Maike Grube (maike.grube@diakonie.de)