



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

zum Thema:

„Die Gesundheitsversorgung von Familien sicherstellen - Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung in NRW retten!“

Antrag der Fraktion der SPD

- Drucksache 18/1686 -

Anhörung

des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

am 22.03.2023

Der vorliegende Antrag der Fraktion der SPD (Drucksache 18/1686) stellt richtigerweise fest, dass die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf viele Betroffene vor große Herausforderungen stellt. Die Mutter- oder Vater-Kind-Kur soll Familien daher dabei unterstützen, gesund zu leben und sich selbst zu helfen, sodass sie zukünftig den Alltag mit ihrer Familie besser meistern können. Dazu gibt es bei der Kur ein individuelles Therapieangebot. Es geht allerdings nicht nur um die Gesundheit von Müttern oder Vätern, so wie bei klassischen Kuren. Wenn nötig, werden auch die Kinder behandelt.

Vergleichbare Grundsätze gelten für Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige. Viele Menschen, und dabei überwiegend Frauen, versorgen ihre pflegebedürftigen Angehörigen in ihrer häuslichen Umgebung. Dahinter steht der Wunsch, einem Angehörigen die Pflege und den Verbleib im vertrauten Wohnumfeld zu ermöglichen. Die zum Teil große Belastung kann bei Pflegenden zu gesundheitlichen Problemen führen, die in der Regel in einem direkten Zusammenhang mit den Belastungen durch die Pflegeaufgaben stehen.

Daher sind aus Sicht der Ersatzkassen Kuren für Familien sowie für Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung von großer Bedeutung. Durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen kann eine dauerhafte Betreuung von Kindern und Pflegebedürftigen in ihren jeweiligen Familien gewährleistet werden. Dies gelingt insbesondere durch eine physische und psychische Stärkung der verantwortlichen Familienmitglieder. Vor diesem Hintergrund ist es auch das Ziel der Ersatzkassen, die hierfür geschaffenen Strukturen dauerhaft zu erhalten und zu stärken.

Nach § 111 SGB V dürfen Krankenkassen medizinische Leistungen zur Vorsorge nach § 23 Absatz 4 SGB V oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung nach § 40 SGB V nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Für pflegende Angehörige dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a SGB V besteht.

Zum Abschluss eines Versorgungsvertrages werden die strukturellen, personellen und qualitativen Voraussetzungen durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, können Versorgungsverträge geschlossen und die Leistungen erbracht werden. In Nordrhein-Westfalen gibt es fünf Einrichtungen des Mütter-Genesungswerkes (MGW):

- Klinik St. Ursula, Winterberg:

119 Betten bzw. 134 Betten

(44 Betten für Mütter/Väter und 75 Betten für Kinder); diese Einrichtung hat auch Kuren für pflegende Angehörige beantragt (15 Betten)

- Marianne van den Bosch Haus, Goch:

61 Betten (25 Betten für Mütter/Väter und 36 Betten für Kinder)

- Haus WaldQuelle, Wegberg:

70 Betten (30 Betten für Mütter/Väter und 30 Betten für Kinder)

- Gesundheitszentrum Hochsauerland St. Alfrid gGmbH, Bestwig-Berlar:

74 Betten (30 Betten für Mütter/Väter und 44 Betten für Kinder)

- Mutter-/Vater-Kind-Kurklinik Gut Holmecke, Hemer:

200 Betten (70 Betten für Mütter/Väter und 130 Betten für Kinder)

Darüber hinaus gibt es in Nordrhein-Westfalen zehn Rehabilitationseinrichtungen, die zusätzliche Angebote für pflegende Angehörige vorhalten.

Zur vollständigen Beschreibung der Ausgangslage merken wir Folgendes an:

- **Die Sonderregelungen aus der Corona-Pandemie sind richtigerweise ausgelaufen**

Mit der Beendigung der pandemischen Lage von nationaler Tragweite ist auch die gesetzliche Grundlage gemäß § 111c Absatz 3 Satz 5 SGB V der gesetzlichen Krankenkassen für Vergütungszuschläge aufgrund pandemiebedingter Minderbelegung entfallen. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat übergangsweise noch Hygienezuschläge für den besonderen Aufwand für Desinfektion und Masken gezahlt, die zwischenzeitlich jedoch ebenfalls beendet wurden. Insgesamt flossen im Zeitraum von März 2020 bis März 2023 bundesweit über 560 Millionen Euro staatliche Corona-Hilfen an Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation.

- **Die gestiegenen Ausgaben für Energiekosten und Inflation werden in den Verhandlungen berücksichtigt**

Energiekosten sind Teil der Sachkosten, welche im Schnitt etwa 30 bis 40 Prozent der Gesamtkosten einer Einrichtung ausmachen. Die restlichen 60 bis 70 Prozent entfallen auf die Personalkosten. Tariflöhne werden in der Vergütungsvereinbarung von den Krankenkassen als wirtschaftlich akzeptiert und vollständig refinanziert.

Im Zuge des Angriffskriegs Russlands gegen die Ukraine hat die Bundesregierung zahlreiche Entlastungspakete auf den Weg gebracht. Dazu zählen u. a. die Energiepreisbremse und der Hilfsfonds. Aus dem Hilfsfonds werden Kostenträgern der sozialen Daseinsvorsorge die Gaskosten erstattet, abzüglich eines Energiesparbeitrags, die über dem Niveau liegen, das der Leistungsvereinbarung zugrunde lag. Soziale Dienstleister nehmen verpflichtend an einer kostenlosen Energieberatungsmaßnahme teil, um Möglichkeiten des Energiesparens ohne Leistungseinschränkung zu prüfen. Auszahlungen aus dem Hilfsfonds sollen spätestens ab 1. Januar 2023 erfolgen und die Kostensteigerungen des Winters 2022/2023 (bis April 2024) abdecken.

Gemeinnützige soziale Einrichtungen können darüber hinaus für die entstandenen Kostensteigerungen des Jahres 2022 einen Jahreszuschuss beantragen, der sich in einfacher und leicht überprüfbarer Weise an der Betriebskostendifferenz zum Vorjahr (abzüglich eines Energiesparbeitrags) orientiert und Mehrbelastungen über die Einmalzahlung hinaus ausgleicht. Dementsprechend sind Kostensteigerungen in diesem Bereich zumeist abgemildert. Kostensteigerungen im Zulieferbereich (Lebensmittel, Wäscherei, Reinigung etc.), die im Wesentlichen durch die hohe Inflationsrate hervorgerufen wurden, werden zudem in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt. Die Verhandlungen bis einschließlich 2022 haben immer am „Runden Tisch“ (bestehend aus dem MGW und den Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen) stattgefunden. Hier konnte in der Regel - ohne Anruf des Schiedsamtes - eine Einigung über die Anpassung der Vergütungen im Rahmen der Grundlohnsumme erzielt werden. Diese bislang getroffenen Vergütungen sind aus Sicht des vdek in Nordrhein-Westfalen daher als auskömmlich zu bewerten.

- **Leerstände in den Einrichtungen führen zu finanziellen Verlusten**

Mutter-Vater-Kind-Kuren werden in der Regel als Kurgänge angeboten. Dabei umfasst ein Kurgang drei Wochen, in denen die Einrichtungen belegt sind. Programmatisch scheinen die Kuren in betreffenden Häusern so ausgerichtet zu sein, dass bei Nicht-Antritt diese Plätze nicht ohne weiteres nachbesetzt werden können. Erst nach Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme, also mit Beginn eines neuen Durchlaufs, werden die Plätze neu verteilt. Personen auf Wartelisten, sollten sie existieren, können bei einer derartigen Ausgestaltung des Programms nicht in laufende Programme integriert werden. Ein wöchentlicher Beginn des Angebots könnte dem entgegenwirken und hätte zudem den Vorteil, dass Anträge auf Verlängerung der Kur leichter umgesetzt werden können. Die Organisation einer gleichmäßigen Belegung liegt im Interesse der Leistungserbringer und sollte durch diese umgesetzt werden. Die Kostenträger können dazu lediglich anregen, die Umsetzung fällt nicht in ihren Aufgabenbereich.

- Für den dauerhaften Erhalt der Strukturen ist eine angemessene Größe der Einrichtungen erforderlich

Aktuelle Entwicklungen – auch in Nordrhein-Westfalen – zeigen, dass eine gewisse Größe erforderlich ist, um Einrichtungen für Mutter-Vater-Kind-Kuren wirtschaftlich zu betreiben. Ist dies nicht der Fall, ziehen sich die Träger von sich aus zurück. Allein durch höhere Vergütungen kann dem nicht abgeholfen werden.

## Zu ausgewählten Inhalten des Antrags – die Krankenkassen betreffend – wird wie folgt Stellung genommen:

*Der Antrag fordert einen landeseigenen Schutzschirm für die Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung in NRW einzurichten. Dieser soll in die landeseigenen Entlastungsmaßnahmen integriert werden.*

Sowohl während der Corona-Pandemie als auch in Folge der gestiegenen Energiekosten wurden gezielt Schutzschirme eingerichtet, die auch den Rehabilitationseinrichtungen zugutegekommen sind. Die Abwicklung hierfür lag bzw. liegt in Händen der Kostenträger.

### 1. Hilfsfonds:

Eine Krankenkasse übernimmt für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bundesweit die Bewertung der Anträge auf Gelder aus *dem Hilfsfonds des Bundes für Rehabilitation und Teilhabe*. Die Gelder werden bundesweit für folgende Einrichtungen beantragbar sein:

- a. Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 15 Absatz 2 SGB VI i. V. m. § 38 SGB IX, nach den §§ 33 und 34 SGB VII oder mit denen ein **Vertrag nach § 111 Absatz 2, § 111a Absatz 1 oder § 111c Absatz 1 SGB V** besteht oder die von der gesetzlichen Rentenversicherung oder der gesetzlichen Unfallversicherung selbst betrieben werden. Mit der Regelung sind die Einrichtungen des MGW umfasst enthalten.
- b. Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX (u. a. Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren)
- c. Werkstätten für behinderte Menschen
- d. andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX, soweit sie Leistungen nach § 57 SGB IX erbringen.

Der Zuschuss wird auf Antrag für das Jahr 2022 gewährt. Die Auszahlung erfolgt 2023 und ggf. 2024. Der Zuschuss beträgt pauschal 95 Prozent der Kostendifferenz der entstandenen Energiekosten in den Jahren 2022 und 2021.

2. Deckelung der Energiepreise auf Strom und leitungsgebundenes Gas (Gesetz zur Einführung von Preisbremsen für leitungsgebundenes Erdgas und Wärme (EWPBG) / Gesetz zur Einführung einer Strompreisbremse und zur Änderung weiterer Vorschriften)

Wenn das Land Nordrhein-Westfalen darüber hinaus weitere Stützungsmaßnahmen aus Steuermitteln für notwendig erachtet, dann wäre dies eine politische Entscheidung. Die Kostenträger haben keine eigenen Erkenntnisse über die konkrete wirtschaftliche Situation der Einrichtungen.

*Der Antrag fordert, die Krankenkassen und Leistungsträger zu Verhandlungen anzuregen, um über angemessene Tagessätze in Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung zu beraten.*

Es gilt das Vereinbarungsprinzip, weswegen die Parteien des Vergütungsvertrages in ihren Entscheidungen grundsätzlich frei von jeglicher staatlichen Einflussnahme sind und eine individuelle Regelung für sich finden und vereinbaren müssen (*Hannes*, in: Hauck/Noftz, SGB V, 3. EL, Stand: 2022, § 111 SGB V, Rn. 94 ff.; vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.07.2022 – B 3 KR 63/01 R -, juris.). Zugelassene Rehabilitationseinrichtungen befinden sich im Wettbewerb zueinander und haben die Freiheit, mit den einzelnen Kostenträgern wettbewerbsorientierte Vergütungsvereinbarungen zu treffen, um sich ggf. höhere Belegungsanteile zu verschaffen.

Forderungen der Einrichtungsträger nach auskömmlicheren und höheren Tagessätzen sind seit Jahren bekannt. Der Bundesgesetzgeber hat bereits 2020 mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) auf diese Forderungen reagiert. Damit Rehabilitationseinrichtungen ihren Pflegekräften angemessene Gehälter zahlen können, wurde die Grundlohnsummenbindung für Vergütungsverhandlungen aufgehoben. Auf Bundesebene sollen zudem Rahmenempfehlungen geschlossen werden, um einheitliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen.



Die Ersatzkassen und der vdek in Nordrhein-Westfalen sind der Auffassung, dass damit ausreichend Maßnahmen auf den Weg gebracht wurden, um den Einrichtungen eine angemessene Vergütung zu zahlen. Die Belegung der Häuser ist aktuell sehr unterschiedlich. Eine 95-prozentige Auslastungsquote stellt dabei seit Jahren einen Durchschnittswert dar, welcher in Vergütungsverhandlungen als Grundlage herangezogen wird und bis zuletzt auch nie von den Einrichtungen bemängelt wurde. Niedrigere Belegungen wurden in der Pandemie durch die Kostenträger ausgeglichen. Die Ursache von niedrigen Belegungsquoten nach dem Auslaufen der Schutzschirme kann auch an dem Inanspruchnahmeverhalten der betroffenen Familien liegen. Eine Einflussnahme der Krankenkassen hierauf ist nur begrenzt möglich, da die Familien bei der Wahl der Kureinrichtung frei entscheiden. Darüber hinaus ist es nicht Aufgabe der Krankenkassen, einen Ausgleich für geringere Auslastungen zu zahlen. Vielmehr werden Leistungen des SGB V für gesetzlich Versicherte finanziert. Zur Vermeidung von Leerständen erwarten die Kostenträger ein aktives Eingreifen der Einrichtungen.

Es sei zudem darauf hingewiesen, dass die Forderung nach Absenkung der durchschnittlichen Belegungsquote im Widerspruch zu erwähnten langen Wartelisten steht.

*Der Antrag fordert, langfristige Konzepte zu entwickeln, um Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung langfristig und qualitativ zu unterstützen*

Auch aus Sicht der Krankenkassen sollten sowohl Mutter-Vater-Kind-Kuren als auch Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige selbstverständlich dauerhafter Teil der Versorgung sein. Bei der Entwicklung bzw. Erweiterung entsprechender Konzepte leistet der vdek in Nordrhein-Westfalen gerne seinen Beitrag. Hier müssen versorgungsrelevante Aspekte, finanzielle Rahmenbedingungen und infrastrukturelle Voraussetzungen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Grundsätzlich ist die Finanzierung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen "monistisch". Das bedeutet, die Betriebs- und Investitionskosten der Einrichtungen werden mit der Vergütung der erbrachten Leistungen gedeckt.

Dazu rechnen die Einrichtungen u. a. mit den Krankenkassen, der DRV, der Agentur für Arbeit und den gesetzlichen Unfallversicherungen ab. In der Regel werden die Leistungen über indikationsspezifische Pflegesätze abgerechnet, zunehmend werden aber auch Fallpauschalen vereinbart.

Wie die Reha-Schiedsstelle NRW in ihrer Entscheidung vom 21.11.2022 festgestellt hat, ist eine Selbstkostendeckung, wie sie von mancher Einrichtung hinsichtlich ihrer Argumentation zur Notwendigkeit der Vergütungserhöhungen vorgebracht wird, gesetzlich nicht vorgesehen. Vielmehr muss gewährleistet sein, dass die ermittelten Preise auch bei einer kostenorientierten Preisfindung mit denen anderer Anbieter vergleichbar sind. (Schiedsspruch der Reha-Schiedsstelle NRW vom 21.11.2022 – 02/2021 –, S. 7; BT-Drucksache 11/2237, S.199; s. auch *Hess*, in: Kasseler Kommentar zum SGB V, Stand: 110. EL 2020, § 111 Rn. 6; *Szabados*, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 111 SGB V, Rn. 14.)

Dabei möchte der vdek in Nordrhein-Westfalen nicht unerwähnt lassen, dass es sich bei den in Nordrhein-Westfalen ansässigen Kur-Einrichtungen im Bundesvergleich um die am höchsten vergüteten Einrichtungen handelt. Vergleichbare Einrichtungen mit vergleichbaren Angeboten können ihre Leistungen zu geringeren Tagessätzen anbieten und stehen damit wirtschaftlich gesund da.

## Resümee

Festzuhalten bleibt, dass der Bundesgesetzgeber insbesondere während der Corona-Pandemie und auch nach ihrem Auslaufen Maßnahmen ergriffen hat, um die wirtschaftliche Lage der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zu stützen. Nach Angaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung sind seit März 2020 bis März 2023 bundesweit über 560 Millionen Euro an staatlichen Corona-Hilfen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geflossen. Mit Ausbruch des Angriffskriegs in der Ukraine und den damit verbundenen Energie- und Verbraucherpreissteigerungen sind mit dem *Hilfsfonds des Bundes für Rehabilitation und Teilhabe in 2023 und 2024* erneut staatliche Maßnahmen zur wirtschaftlichen Unterstützung ergriffen worden.

Die gesetzlichen Vorgaben sehen bereits vor, dass bei den Personalkosten eine Refinanzierung von Tariflöhnen durch die Kostenträger als wirtschaftlich bewertet und diese somit auch übernommen werden. Bei den Sachkosten werden Kostensteigerungen, z. B. durch erhöhte Verbraucherpreise infolge einer gestiegenen Inflation, berücksichtigt. Betriebs- und Investitionskosten der Einrichtungen werden mit der Vergütung der erbrachten Leistungen ebenfalls refinanziert. Die dabei zugrunde gelegte durchschnittliche Belegungsquote wurde in den Verhandlungen durch die Einrichtungen bisher nicht beanstandet. Die Forderung nach Absenkung der zugrunde gelegten Belegungsquote ist daher aus Sicht der Krankenkassen nicht nachvollziehbar. In den laufenden Verhandlungen seit Ende 2022 hat bisher keine Vertragspartei die Schiedsstelle angerufen. Vielmehr ist es bereits zu Vertragseinigungen gekommen.

Bei der Frage der Einnahmeausfälle durch Absagen oder Krankheit der Versicherten bleibt der Eindruck, dass dieses Problem auf die programmatische Ausrichtung des Angebots zurückzuführen ist. Es ist zu überlegen, ob nicht eine Umstellung des Angebots weg von Kurgängen mit fester, meist dreiwöchiger Laufzeit hin zu einem wöchentlichen Beginnen der Behandlungen zu einer Lösung der Ausfallproblematik führen könnte. Angeführte bestehende Wartelisten stützen diese Vermutung und stehen im Widerspruch zur Forderung nach einer Absenkung der durchschnittlichen Belegungsquote.

Es ist ebenfalls grundsätzlich festzustellen, dass größere Einrichtungen wirtschaftlicher betrieben werden können. Eine dauerhafte Subventionierung unwirtschaftlicher Einrichtungen lehnen die Krankenkassen ab bzw. kann die Finanzierung nicht über immer höhere Pflegesätze der Kostenträger erfolgen.