

## **Antrag**

**der Abgeordneten Markus Kurth, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, Katrin Göring-Eckardt, Britta Haßelmann, Sven-Christian Kindler, Beate Müller-Gemmeke, Brigitte Pothmer, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten**

Der Bundestag wolle beschließen:

#### **I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:**

In Deutschland leben immer mehr Menschen mit Behinderung. Der demografische Wandel wird diesen Trend noch verstärken, denn mit zunehmendem Alter sind immer mehr Menschen in ihrer Teilhabe beeinträchtigt, erkranken chronisch oder es entsteht Pflegebedarf. Unabhängig vom Alter steigt auch die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Personengruppen sind genau wie Menschen, die mit einer Beeinträchtigung auf die Welt kommen oder diese früher im Leben erwerben, häufiger auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen als andere Menschen. Zudem benötigen sie häufig eine intensivere und spezifische Behandlung und verschiedene Formen der Unterstützung, um Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen zu können. Wer anders als die Mehrheit der Patientinnen und Patienten kommuniziert – zum Beispiel in Gebärdensprache oder Leichter Sprache – oder sich anders als die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten verhält, kann oftmals nicht damit rechnen, entsprechend gut versorgt zu werden. Wechselwirkungen zwischen akuten und chronischen Erkrankungen oder in Kombination auftretende Beeinträchtigungen machen eine gute gesundheitliche Versorgung besonders anspruchsvoll.

Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), von Deutschland im Jahr 2009 ratifiziert, verpflichtet die Vertragsstaaten, das Recht behinderter Menschen auf gleichen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen allgemeinen Diensten des Gesundheitssystems zu sichern. Darüber hinaus sind speziell auf die jeweiligen Beeinträchtigungen beziehungsweise Erkrankungen ausgerichtete Angebote zu garantieren. Diese Dienstleistungen müssen unentgeltlich bzw. zu erschwinglichen Konditionen angeboten werden. Artikel 26 UN-BRK schreibt das Recht auf Habilitation (Erwerb von Fähigkeiten) und Rehabilitation fest.

Das Erste, Fünfte und Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB I, SGB V, SGB IX) enthalten bereits einige Vorgaben zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung. In der Praxis vor Ort fällt jedoch immer wieder auf, dass die Umsetzung dieser Regelungen Probleme bereitet oder gar nicht erst stattfindet. Eine wesentliche Ursache dafür ist die Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung und der Finanzierung des Gesundheitssystems an Einzelleistungen und an der kurzfristigen Behandlung von

Krankheitssymptomen. Dies verhindert die Betrachtung der langfristigen Entwicklung der Situation des bzw. der Betroffenen und die Ausrichtung auf ein möglichst gutes Leben mit der Beeinträchtigung. Eine weitere maßgebliche Ursache ist die Konzentration auf einzelne Disziplinen und Sektoren. Gesetzliche Regelungen laufen auch deshalb oft ins Leere, weil sich die Krankenkassen, andere Rehabilitationsträger und Leistungserbringer uneinig sind, wer eine bestimmte Leistung finanziert und durchführt. Unter anderem lassen sich folgende Bereiche identifizieren, in denen erheblicher Verbesserungsbedarf besteht:

- a) Nur ein kleiner Teil der Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten ist baulich und technisch barrierefrei. Die weitaus größere Zahl der Praxen ist für die meisten Menschen mit Mobilitätseinschränkungen nicht problemlos zugänglich. Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung, zu der die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen gesetzlich verpflichtet sind, wird damit für eine relevante und wachsende Personengruppe nicht erfüllt.
- b) In nur wenigen Praxen bzw. Krankenhäusern findet sich Personal, das über Kompetenzen in der Kommunikation mit Menschen mit einer kommunikativen Behinderung verfügt.
- c) Barrierefreie Informationen zu Gesundheitsleistungen einschließlich Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung liegen nicht in hinreichender Qualität vor.
- d) In Studium bzw. Aus-, Fort- und Weiterbildung der meisten Gesundheitsberufe werden keine hinreichenden Fachkenntnisse zur Behandlung von behinderten Menschen vermittelt, etwa in Bezug auf geistige Behinderung, schwere motorische Einschränkungen, Mehrfachbehinderungen oder auch Pflegebedürftigkeit.
- e) Für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und mit komplexen Bedarfslagen existieren keine adäquaten, spezialisierten Versorgungsangebote.
- f) Es fehlen Angebote der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, die gezielt an den Bedarfen von Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind.
- g) Nach wie vor gibt es zahlreiche Schnittstellenprobleme und Fehlanreize in der Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege.
- h) Zur Vermeidung von behinderungsbedingten Folge- und Begleiterkrankungen benötigen Menschen mit Behinderung in vielen Fällen Medikamente, deren Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.
- i) Die Heilmittelversorgung gestaltet sich in manchen Regionen sehr restriktiv, da zu viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schlecht über die Ausnahmen bei Richtgrößen zur Heilmittelverordnung informiert sind.
- j) Die Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderung erfolgt mitunter weder zeitnah noch transparent. Die Unterscheidung von unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich steht im Widerspruch zu dem in der UN-Behindertenrechtskonvention formulierten Recht auf volle und wirksame Teilhabe.
- k) Gesetzesänderungen, die Barrieren abbauen oder die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern, werden häufig nur sehr schleppend umgesetzt. Eine Ursache ist nach Aussage der Beteiligten, dass den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzteschaft, Krankenhäusern und Krankenkassen zumeist klare Fristen des Gesetzgebers hierzu fehlten.

Viele der beschriebenen Defizite können nach Meinung von Expertinnen und Experten ohne eine Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV beseitigt werden, teilweise genügen Änderungen in Verfahrensweisen. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben käme dabei nicht nur Menschen mit Behinderung zu Gute: Auch ältere Menschen, Familien oder Schwangere profitieren von baulich und technisch barrierefreien Praxen. Höhere Kompetenzen des medizinischen Personals, sich in einfacher Sprache auszudrücken, führen zu einer verbesserten Kommunikation mit Menschen mit geringen Deutschkenntnissen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

die Gesundheitsversorgung im Sinne der Artikel 25 und 26 UN-BRK umzugestalten. Insbesondere ist es hierzu erforderlich,

1. alle Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften, die Leistungsansprüche und die Organisation der Gesundheitsversorgung regeln, auf noch bestehende Widersprüche zum SGB IX und zur UN-BRK zu überprüfen und identifizierte Widersprüche im Sinne der Menschen mit Behinderung zu beseitigen;
2. bei den Ländern auf eine Stärkung der Barrierefreiheit als Qualitätskriterium in der Krankenhausplanung hinzuwirken, bei der Selbstverwaltung darauf hinzuwirken, dass in die Vorschriften zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung Vorgaben zum künftigen Anteil barrierefreier vertragsärztlicher Leistungserbringer aufgenommen werden und die Barrierefreiheit als verbindliches Kriterium bei der Neuzulassung von vertragsärztlichen Leistungserbringern eingestuft wird;
3. einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch den den Krankenkassen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch die Möglichkeit eröffnet wird, ihren Versicherten vertragsärztliche Leistungserbringer zu empfehlen, die in baulicher und fachlicher Hinsicht für eine barrierefreie gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung geeignet sind;
4. darauf hinzuwirken, dass die für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesbehörden sowie andere Anbieter barrierefrei erreichbare Informationen zu Gesundheitsleistungen einschließlich Präventionsangeboten nach dem Zwei-Sinne-Prinzip und in Leichter Sprache bereitstellen;
5. ein ausreichendes Angebot von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, das sich an den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderung orientiert, sicherzustellen;
6. die besonderen Behandlungs-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit Behinderung (stärker) in den Ausbildungscurricula aller Gesundheitsberufe zu verankern und entsprechende Fortbildungsangebote zu schaffen. In den Verträgen nach § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) ist hierzu die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung zum fachlichen Umgang mit behinderten Menschen vorzusehen;
7. darauf hinzuwirken, für besondere medizinische und psychologische bzw. psychotherapeutische Versorgungsbedarfe von erwachsenen Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung regionale Spezialambulanzen zu schaffen, die im entsprechend qualifizierten multiprofessionellen Team die erforderlichen Maßnahmen abstimmen und koordinieren und in einem gestuften Versorgungsmodell die normale haus- und fachärztliche Versorgung der Betroffenen ergänzen. Bei der Entwicklung der Angebote ist insbesondere darauf zu achten, bereits bestehende Versorgungsstrukturen zu nutzen bzw. auf diesen aufzubauen;

8. die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung, so auch Pflegebedürftigen, wirksam zu verbessern, insbesondere durch die Stärkung und Förderung integrierter Versorgungsmodelle und der Kooperation von Einrichtungen mit ambulant tätigen Leistungserbringern in interdisziplinärer Arbeitsteilung;
9. in allen in Frage kommenden Sozialgesetzbüchern klarzustellen, dass auch die Versorgung mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich dem Teilhabeanspruch nach der UN-Behindertenrechtskonvention hinreichend Rechnung tragen muss und sich nicht auf die Bewältigung der für die Deckung des physischen Existenzminimums notwendigen Aktivitäten beschränken darf;
10. auf verbindliche erweiterte Qualitätsstandards für Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung hinzuwirken und zu diesem Zweck die Krankenkassen zu verpflichten, Patientenbefragungen und Assessmentverfahren zur Hilfsmittelversorgung durchzuführen;
11. gemeinsam mit den Ländern im Rahmen der Aufsicht über die Krankenkassen darauf hinzuwirken, dass bei Hilfsmittelverträgen nach § 127 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V die gesetzlichen Vorgaben insbesondere zur notwendigen Beratung der Versicherten sowie zur wohnortnahen Versorgung umgesetzt werden;
12. zu prüfen, ob die langfristige Verordnung von Heilmitteln (nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz) durch die neu getroffene Vereinbarung nun unbürokratisch und bedarfsgerecht umgesetzt wird und ansonsten Regelungen zur Abhilfe zu treffen;
13. beim Gemeinsamen Bundesausschuss darauf hinzuwirken, dass die Ausnahmeliste der OTC-Medikamente (OTC = over the counter), die in bestimmten Fällen die Verordnung von im Regelfall nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimitteln regelt, auf mögliche Ergänzungen um Präparate zur Behandlung von Folge- und Begleiterscheinungen von Behinderungen überprüft wird;
14. dem Bundestag einen Vorschlag für eine gesetzliche Regelung für eine präventive zahnmedizinische Leistung gezielt für kognitiv und motorisch eingeschränkte Menschen vorzulegen, mit deren konkreter Ausgestaltung auf dem aktuellen evidenzbasierten Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft der Gemeinsame Bundesausschuss zu beauftragen ist;
15. bei Krankenhäusern und Kostenträgern darauf zu dringen, dass das Entlassmanagement nach § 39 SGB V flächendeckend zu einem funktionierenden Fallmanagement beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung ausgebaut wird, damit frühzeitig die notwendigen Leistungsanträge formuliert werden und keine Versorgungslücken beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung entstehen;
16. die Regelungen des Assistenzpflegebedarfsgesetzes, die Menschen mit Behinderung berechtigen, sich durch eigene Assistenzpflegekräfte in Krankenhäusern und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen unterstützen zu lassen, über den Personenkreis hinaus auszuweiten, der Assistenzpflegekräfte nach dem Arbeitgebermodell beschäftigt;
17. Regelungen zur wirkungsvollen Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ zu treffen;
18. Haushaltsmittel bereitzustellen, um die Versorgungsforschung über die medizinische/gesundheitliche und pflegerische Versorgung speziell von Menschen mit Behinderung zu fördern;

19. im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung mittelfristig die Zahlungen nach § 61 SGB V abzuschaffen.

Berlin, den 13. März 2013

**Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion**

### **Begründung**

Zu Nummer 1

Der Gesetzgeber hat bereits zahlreiche Regelungen getroffen, um eine gute Versorgung behinderter und chronisch kranker Menschen zu sichern: Mit dem Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch im Jahr 2001 wurde ein umfassender und ganzheitlicher Anspruch behinderter Menschen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe geschaffen. Entscheidende Elemente hierbei sind die Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger sowie das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen. Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch verlangt § 2a, dass „[d]en besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen [...] Rechnung zu tragen“ ist.

Im Ersten Buch Sozialgesetzbuch wurde die Pflicht der Leistungsträger verankert, Sozialleistungen in barrierefreien Gebäuden und Anlagen zu erbringen und auszuführen. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf den Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen bzw. -dolmetschern, Schriftmittlerinnen bzw. -mittlern oder anderen Kommunikationshilfen.

Dennoch machen Betroffene immer wieder die Erfahrung, dass gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben, die einem ganz anderen Zweck dienen, der angemessenen Versorgung von Menschen mit Behinderung im Wege stehen.

Zu Nummer 2

In die Bedarfsplanungs-Richtlinie sollen Vorgaben zur Erhöhung des Anteils barrierefreier Leistungserbringer anteilig für die jeweiligen Arztgruppen aufgenommen werden. Zudem muss das Kriterium der Barrierefreiheit in § 26 Absatz 4 Nummer 3 der Richtlinie bei der (Neu-)Zulassung vertragsärztlicher Leistungserbringer verbindlicher ausgestaltet werden. Auch in der Krankenhausplanung der Länder muss den Kriterien sowohl der technisch-baulichen als auch kommunikativen Barrierefreiheit eine größere Bedeutung zukommen.

Zu Nummer 3

Mit der Vorschrift soll Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt werden, ihren Versicherten Leistungserbringer zu empfehlen, die sowohl in technisch-baulicher als auch kommunikativer Hinsicht barrierefrei sind und daher für die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung besonders geeignet sind. Dies erleichtert es behinderten Menschen, fachlich qualifizierte Leistungserbringer in barrierefreien Räumlichkeiten aufzusuchen und stärkt den Druck auf die Leistungserbringer, sich in diesem Sinne auf Menschen mit Behinderung als Patientinnen und Patienten auszurichten.

Zu Nummer 4

Es ist noch immer nicht selbstverständlich, dass Informationen über Angebote der Gesundheitsversorgung nach dem Zwei-Sinne-Prinzip und in Leichter

Sprache bereitgestellt werden. Auch Informationen über die barrierefreie Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Angebote sind im Regelfall nicht erhältlich. Diese müssen von den Institutionen, die für die allgemeine Bereitstellung der jeweiligen Gesundheitsinformationen verantwortlich sind, angeboten werden.

Zu Nummer 5

Die existierenden Angebote zur Prävention berücksichtigen kaum Belange von Menschen mit Behinderung. Für diese sind Maßnahmen, die einer Verstärkung der Beeinträchtigung oder dem Auftreten weiterer Erkrankungen oder Beeinträchtigungen entgegenwirken, aber essenziell.

Zu Nummer 6

Eine Verständigung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe scheitert noch zu oft an mangelnden Kenntnissen über die Einschränkung und Bedürfnisse der Betroffenen. Insbesondere in der Ärzteschaft stoßen existierende Fortbildungsangebote bisher auf wenig Interesse. An Universitäten gibt es bisher kaum Angebote, medizinisches Wissen über Wechselwirkungen zwischen Beeinträchtigungen und akuten Erkrankungen im Rahmen des Studiums zu erwerben. Auch Angebote zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, die in Leichter Sprache oder Gebärdensprache kommunizieren, fehlen in der Ausbildung weitgehend.

Zu Nummer 7

Die normalen haus- und fachärztlichen Versorgungsstrukturen sind häufig nicht geeignet, den komplexen Versorgungsanforderungen von Menschen mit mehrfacher oder geistiger Behinderung gerecht zu werden. Während für behinderte Kinder und Jugendliche mit den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) ein flächendeckendes Angebot spezialisierter Einrichtungen existiert, fehlen entsprechende Anlaufstellen für erwachsene Menschen mit Behinderung – eine regelmäßige Unter- und Fehlversorgung der Betroffenen ist die Konsequenz. Aufgabe dieser medizinischen Zentren wird es sein, den betroffenen erwachsene Menschen mit Behinderung neben Information und Beratung ein Fallmanagement zur Verfügung zu stellen, das Sorge trägt für eine zweckmäßige Inanspruchnahme der bereits in den vorgelagerten Versorgungsebenen vorhandenen Strukturen und Angebote. Darüber hinaus werden in den Zentren selbst passgenaue Lösungen für spezielle medizinische und/oder psychotherapeutische Erfordernisse zur Verfügung gestellt. Schwerpunkte und Zielgruppen sind insbesondere Menschen mit neuromuskulären Störungen, neurologischen Erkrankungen, geistiger Behinderung, psychischen Erkrankungen und/oder Sinnes- und Mehrfachbehinderungen.

Zu Nummer 8

Auch aus der Perspektive von Menschen mit Behinderung ist die Überwindung der sektoralen Trennung der Gesundheitsversorgung von erheblicher Bedeutung. Darum ist der Ausbau neuer, integrierter Versorgungsformen eine wesentliche Maßnahme zur Erreichung dieses Zieles. Die bisherigen Erfahrungen, beispielsweise aus dem „Berliner Pflegeheimprojekt“, müssen bundesweit verbindlich Anwendung finden. Es bedarf beispielsweise der Anwendung konkreter Behandlungspfade zur Versorgung von Menschen mit Behinderung, so auch pflegebedürftiger Menschen, einer abgestimmten Pharmakotherapie und einer gesicherten Überleitung zwischen den Versorgungssektoren, ohne dass es zu Behandlungsabbrüchen oder Versorgungsdefiziten kommt. Die Lücken in der fachärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen sind dabei erheblicher als die in der allgemeinärztlichen Versorgung, die noch als ausreichend wahrgenommen werden kann (vgl. GEK-Pflegereport 2008; „Qualität und Gesundheit

in der stationären Altenhilfe“, Studie der Universität Bielefeld im Auftrag des ZQP, 2012). Die im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes getroffene Regelung zum § 119b SGB V, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Ärzten eingehen oder gar eine Heimgärtin/einen Heimgärtner einstellen können, hat sich aus unterschiedlichen Gründen (beispielsweise Desinteresse aufgrund zu hoher Verbindlichkeit) als nicht zielführend herausgestellt.

Zu Nummer 9

Die Rechtspraxis unterscheidet zwischen Hilfsmitteln, die wie Prothesen fehlende Körperteile oder -funktionen unmittelbar ersetzen bzw. ausgleichen, und solchen, die wie Rollstühle Körperfunktionen nur mittelbar ausgleichen. Während im ersten Fall ein Anspruch auf eine Versorgung durch die GKV besteht, mit der der Versicherte ein Leben führen kann, wie er es bei Vorhandensein des Körperteils oder der fehlenden Körperfunktion führen könnte, soll die Versorgung mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich nur die Erledigung der medizinisch bzw. zum physischen Überleben notwendigen Verrichtungen ermöglichen. So können Versicherte, denen beide Beine amputiert werden mussten, Prothesen beanspruchen, mit denen auch sportliche Aktivitäten möglich sind. Sind die Beine dagegen vorhanden, aber gelähmt, werden bei der Versorgung mit Gehhilfen oder Rollstühlen durch die GKV wesentlich restriktivere Maßstäbe zu Grunde gelegt. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einschließlich des Kontakts zur Familie spielt dann bei der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung ebenso wenig eine Rolle wie das Bedürfnis, sich auch außerhalb des unmittelbaren Wohnumfeldes bewegen zu können. Es gibt allerdings auch keinen anderen Leistungsträger als die GKV, der ergänzende Leistungen erbringt. Auch die Regelungen der Eingliederungshilfe nach den §§ 53 ff. des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, die für die Erbringung von Leistungen der sozialen Teilhabe zuständig ist, schließen eine Ergänzung von Leistungen der GKV aus. Dies entspricht nicht dem durch die UN-BRK formulierten Recht auf umfassende Teilhabe und muss entsprechend angeglichen werden. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob die Festbetragsregelungen, insbesondere jene für Hörgeräte, eine dem Teilhabeaspekt gerecht werdende Versorgung auch von Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen sicherstellen oder ein differenzierteres System notwendig ist.

Langfristig soll die Versorgung mit Hilfsmitteln zum Ausgleich von Behinderungen in ein umfassendes Teilhabeleistungsgesetz überführt werden. Dazu bedarf es allerdings eines finanziellen Ausgleichs zwischen den bisherigen Trägern der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und dem dann alleine zuständigen Träger.

Zu Nummer 10

Nicht immer sind die in den Präqualifizierungsverfahren getroffenen Qualitätskriterien ausreichend für eine qualitätsgesicherte Versorgung. Eine fehlende fachliche Qualifikation vieler Ärztinnen und Ärzte führt dazu, dass sie ihre Kontrollfunktion in der Hilfsmittelversorgung nicht wahrnehmen können. Eine flächendeckende Evaluation von Hilfsmitteln, die auf Patientenbefragungen zurückgeht, gibt es bislang nicht, auch wenn einzelne Krankenkassen dies bereits initiiert haben. Das einzuführende Assessmentverfahren hat eine exakte, fachlich interdisziplinär ausgestaltete Bedarfserhebung und einen rechtzeitigen Versorgungsprozess unter aktiver Beteiligung der Betroffenen zu garantieren sowie eine fachliche Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hilfsmittelanbieter für eine qualitätsgesicherte Abgabe vorzusehen.

## Zu Nummer 11

Aus einer nennenswerten Zahl von Eingaben von Bürgerinnen und Bürgern sowie Selbsthilfeverbänden geht hervor, dass die Krankenkassen beim Abschluss von Verträgen zu Hilfsmitteln nach § 127 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V nicht immer die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur notwendigen Beratung und zur wohnortnahen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln sicherstellen. Daher ist im Rahmen der Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt bzw. bei landesunmittelbaren Krankenkassen durch die Länder darauf hinzuwirken, dass diese Vorgaben umgesetzt werden.

## Zu Nummer 12

Für eine langfristige Heilmittelverordnung müssen die Versicherten bei Kassen mit individuellem Genehmigungsverfahren und bei nicht gelisteten Diagnosen auch nach der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weiterhin einen Antrag stellen. Dieser erforderliche Antrag stellte bisher eine zu große Hürde für die Betroffenen dar; entscheidend sollte die medizinische Notwendigkeit sein. Es ist deshalb zu prüfen, ob der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 12. November 2012, der auf eine Vereinfachung der Genehmigungsverfahren für die langfristige Heilmittelbehandlung zielt, insgesamt zu einer besseren Versorgung führt oder wie weiterhin vorhandene Blockaden abgebaut werden können.

## Zu Nummer 13

Im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen benennt die Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses zum gesetzlichen Verordnungsausschluss frei verkäuflicher Arzneimittel nach § 34 Absatz 1 Satz 2 SGB V, unter welchen Voraussetzungen welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der GKV ordnungsfähig sind. Diese Liste ist auf die Berücksichtigung von Medikamenten zur Behandlung von Folge- und Begleiterscheinungen von schweren Behinderungen zu überprüfen. Bei schweren Erkrankungen wie Mukoviszidose oder Tumorleiden sind bestimmte OTC-Medikamente als Standardtherapie bereits in der Ausnahmeliste enthalten. Ähnliche Bedarfe bestehen beispielsweise bei (inkompletten) Querschnittslähmungen (Abführmittel) oder Muskelerkrankungen, die das Abhusten verhindern (schleimlösende Mittel).

## Zu Nummer 14

Menschen mit einer schweren geistigen oder körperlichen Behinderung haben oftmals Schwierigkeiten bei der selbstständigen und ausreichenden Durchführung der Mundhygiene, was das Risiko für Karies und für Erkrankungen des Zahnfleisches sowie Folgeerkrankungen erhöht. Mit der Regelung soll für die betroffenen Versicherten ein gesetzlicher Anspruch auf eine dem aktuellen evidenzbasierten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende präventive Versorgung geschaffen werden.

## Zu Nummer 15

Auch nach der gesetzlichen Einführung des Entlassmanagements funktioniert der Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung und die Hilfsmittelversorgung in vielen Fällen nicht. Hier sollte durch ein Fallmanagement frühzeitig im Krankenhaus ein entsprechender Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden.

## Zu Nummer 16

Für pflegebedürftige behinderte Menschen, die eine Assistenzpflegekraft im Arbeitgebermodell beschäftigen, gibt es seit 2009 durch das Gesetz zur Regelung



des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (Bundestagsdrucksache 16/12855) die Möglichkeit, die nach § 66 Absatz 4 Satz 2 SGB XII beschäftigte besondere Pflegekraft als Begleitperson ins Krankenhaus mit aufzunehmen. Mit der Erweiterung zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in 2012 (Bundestagsdrucksache 17/10747) wurde für den betroffenen leistungsberechtigten Personenkreis diese Möglichkeit auf den Vorsorge- und Rehabilitationsbereich, bei einer stationären Behandlung, ausgeweitet. Damit soll die Kontinuität der Assistenzpflege und die Finanzierung des Beschäftigungsverhältnisses sichergestellt werden. Das ist begrüßenswert, stärkt es doch den Assistenz- und Teilhabegedanken in der Versorgung von behinderten Menschen mit einem Pflegebedarf. Jedoch wird damit die Personengruppe diskriminiert, die ihre Assistenz außerhalb des Arbeitgebermodells, beispielsweise durch einen ambulanten Dienst, sicherstellt. Es ist nicht sachgerecht und nicht nachvollziehbar, dass sich der Anspruch aus der Art und Weise des Anstellungs- und Beschäftigungsverhältnisses der besonderen Pflegekraft ergibt und nicht nach dem Bedarf des pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung. Deshalb muss dieser Rechtsanspruch ausgeweitet werden.

Zu Nummer 17

Träger der pflegevermeidenden Rehabilitation ist gegenwärtig die Krankenversicherung. Diese erfüllt – trotz des in § 11 Absatz 2 SGB V verankerten Rechtsanspruchs auf Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – diesen Anspruch kaum. Ursächlich dafür sind systematische Fehlanreize, da für die medizinische Rehabilitation nicht derjenige Träger zuständig ist, der das Risiko des Scheiterns trägt. Weiterhin erschwert die mangelhafte Umsetzung des § 40 Absatz 3 SGB V, wonach die Krankenversicherung bei unterlassener Rehabilitationsleistung Strafzahlungen an die Pflegeversicherung leisten muss, die pflegevermeidende Rehabilitation. Die Pflegeversicherung selbst kann nur bei den anderen Rehabilitationsträgern darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention und Rehabilitation eingeleitet werden.

Die bestehende gesetzliche Regelung führt in der Praxis zu Schwierigkeiten bei der Verwirklichung der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderung und bei der Gewährung von rehabilitativen Leistungen für von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen. Weil die Pflegeversicherung keine Rehabilitationsleistungen verantwortet, lehnt beispielsweise ein Teil der Kranken- und Pflegekassen Anträge auf Hilfsmittel mit dem Verweis auf die Zuständigkeit des jeweils anderen Trägers ab. Eine Zusammenarbeit im Sinne einer guten Versorgung des Versicherten wird dadurch verzögert oder gar verhindert.

Zur wirksamen Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege sind verschiedene Wege denkbar. Dabei ist zu prüfen, wie die Schnittstellenproblematiken verringert oder gelöst werden können. Zum einen könnte die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen werden. Als Rehabilitationsträger entwickelt sie somit ein eigenes Interesse an medizinischer Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und kann dies besser durchsetzen. Als weitere Option wird auch die Möglichkeit von Ausgleichszahlungen der sozialen Pflegeversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. So könnten die Anreize für die Krankenkassen, ihrer Aufgabe der pflegerischen Rehabilitation nachzukommen, deutlich erhöht werden.

Schließlich sind auch die Leistungen zur Teilhabe trotz Pflegebedarfs im normativen Verhältnis zwischen SGB IX und SGB XI in den Blick zu nehmen. Diese werden von Krankenkassen und Sozialhilfeträgern vielfach nicht erbracht.

Zu Nummer 18

Die besonderen Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie zu den Wechselwirkungen, die zwischen Behinderung und chronischen Erkrankungen einerseits und akuten Krankheiten und Verletzungen andererseits auftreten können, sind bisher kaum Gegenstand der Forschung. Daher ist es erforderlich, einen entsprechenden Schwerpunkt in bestehende Programme des Bundes zur Versorgungsforschung aufzunehmen oder bisher für andere Programme vorgesehene Mittel zugunsten eines neuen Programms umzuschichten.

Zu Nummer 19

Die gegenwärtigen Zuzahlungen tragen nachweislich nicht zu einer rationalen Inanspruchnahme von Leistungen bei. Im Gegenteil – einkommensschwache Gruppen nehmen die Leistungen nur verzögert bis gar nicht in Anspruch.



