

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
89. Sitzung

Berlin, den 24.10.2012, 18:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) **Gesetzentwurf der Bundesregierung**

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

BT-Drucksache 17/10747

- b) **Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**

Assistenzpflege bedarfsgerecht sichern

BT-Drucksache 17/10784

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Wolfgang
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Beginn der Sitzung: 18:00 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich darf Sie alle recht herzlich zu einer kurzen Anhörung am Abend begrüßen. Die meisten von Ihnen nehmen häufig an Anhörungen teil und kennen daher das Prozedere. Nichtsdestotrotz möchte ich kurz darauf hinweisen, dass alles aufgezeichnet wird. Ich bitte, die aufgerufenen Sachverständigen sich kurz mit Namen und Institution vorzustellen und die Mikrofone zu benutzen. Gleichzeitig möchte ich alle bitten, ihre Handys aus zu schalten, um Rückkoppelungen zu vermeiden. Wir beraten über den Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Drucksache 17/10747 und wir beraten darüber hinaus über einen Antrag der Fraktion DIE LINKE., „Assistenzpflege bedarfsgerecht sichern“ auf Drucksache 17/10784. Weiterhin liegen uns einige Änderungsanträge vor. Zunächst hat die CDU/CSU 23 Minuten Fragerecht, danach die SPD 14 Minuten. Für die FDP stehen 9 Minuten und für DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 7 Minuten zur Verfügung.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken, die Bundesärztekammer, den Deutschen Caritasverband und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Ich hätte gern gewusst, ob sich die Regelung des Existenzpflegebedarfsgesetzes aus dem 2009 in der Praxis für die betroffenen Menschen mit Behinderung bewährt hat und wie Sie die geplante Ausweitung auf die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bewerten. Eine Zusatzfrage geht an den GKV-Spitzenverband. Sind Ihnen Fälle bekannt, in denen Menschen mit Behinderung, die ihre Assistenz im Arbeitgebermodell organisieren, von einer notwendigen stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme abgesehen

haben, weil sie die Besorgnis hatten, ohne die vertraute Assistenz in die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zu gehen?

SV **Thomas Bublitz** (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Aus unserer Sicht hat sich die Regelung bewährt, weil behinderte Menschen auch und gerade in stationären Einrichtungen Betreuungsaufwand haben, den vertraute Pflege- und Assistenzpersonen im Krankenhaus so abdecken können, ohne dass es wie ein fremdes Umfeld für die Beteiligten wirkt. Behinderte Menschen haben in der stationären Versorgung einen höheren Betreuungsaufwand als normale Patienten, die natürlich auch einen pflegerischen Bedarf haben. Aus unserer Sicht hat sich diese Regelung durchaus bewährt und wir begrüßen, dass eine solche Regelung auch für den Bereich der stationären Vorsorge und Rehabilitation eingeführt wird, denn sie stellt eine ordnungsgemäße und sachgerechte Versorgung der Patienten sicher.

SV **Markus Rudolphi** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die bisherige Regelung hat sich aus unserer Sicht ebenfalls bewährt. Wir haben keine Anhaltspunkte, dass dem etwas entgegen steht. Die geplanten Neuregelungen werden unsererseits begrüßt. Wir sehen dies als zweiten Schritt für die Betroffenen nach der Regelung vom 30.07.2009, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass im Gesundheitswesen die Verschränkung der Sektoren und entsprechende Möglichkeiten forciert werden, um eine zunehmende Integration zu ermöglichen. Gestärkt werden die Patientenautonomie und die Selbstbestimmung der Patienten. Gegebenenfalls sollte man darauf achten, dass dies auf Seiten der GKV künftig nicht zu Kürzungen von Pflegesitzen führt. Ansonsten ist es ein sehr begrüßenswerter Schritt.

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich meinen Vorrednern nur anschließen.

Auch aus unserer Sicht hat sich die Regelung aus dem Krankenhauspflegeassistentengesetz außerordentlich bewährt und wir begrüßen die Ausweitung der entsprechenden Regelungen auf den Reha- und Vorsorgebereich. Menschen mit Behinderung benötigen nicht nur im Alltag Assistenz, sondern vor allem und gerade auch im Krankenhaus und natürlich auch in der Reha- und Vorsorgeeinrichtung oder in einer Hospitalisierungssituation. Ich möchte allerdings hinzufügen, dass der Deutsche Caritasverband es begrüßen würde, wenn sich diese Regelung nicht nur auf Menschen mit Behinderung im Arbeitgebermodell erstrecken würde, sondern auf alle Menschen mit Behinderung, die einen entsprechenden Assistenzbedarf haben.

SV Dr. Kirsten Dittmar

(Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)): Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger teilt die Auffassung, dass sich die Regelung aus dem Jahr 2009 bewährt hat und stimmt auch der Erweiterung auf die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen zu, hält dies für pragmatisch und konsequent. Nichtsdestotrotz halten wir es dauerhaft nicht für eine Lösung, die im Sinne von Inklusion ein genereller Weg werden sollte, dass Menschen mit Behinderung ihren Assistenzbedarf in ein Krankenhaus oder eine Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung mitbringen müssen.

SV Dr. Monika Kücking

(GKV-Spitzenverband): Die Frage war, ob uns Fälle bekannt sind, in denen eine Vorsorge nicht stattfand, obwohl es nötig gewesen wäre, weil eine Assistenzkraft nicht mitgenommen werden konnte. Das ist unserer Kenntnis nach nicht der Fall. Insgesamt ist nur eine sehr begrenzte Fallzahl von Personen im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Regelung des

Assistenzpflegebedarfs betroffen. Im Jahr 2009 war die Rede von 685 Personen, die überhaupt betroffen waren, und wir haben den aktuellen Stand punktuell bei unseren Kassen nachgefragt. Diese haben uns geantwortet, dass es bereits jetzt, ohne gesetzliche Regelung üblich sei, bei schweren Behinderungen Begleitpersonen mitzunehmen, beispielsweise wenn Blinde eine besondere Betreuung brauchen. Eine Erweiterung ist aus unserer Sicht nicht erforderlich und auch nicht hilfreich. Denn im Grunde sind die Leistungen, die die Personen in Einrichtungen benötigen, durch die Personen, die dort angestellt und vergütet werden, zu erbringen. Insofern finden wir, dass eine Erweiterung nicht sinnvoll ist.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation und die Bundesärztekammer. Welche Auswirkungen haben die vorgesehenen Ausweitungen der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen auf die leistungserbringenden Einrichtungen? Eine zweite Frage geht an den Pflegerat, GKV-Spitzenverband und PKV. Wie bewerten Sie die mit der Ausweitung des stationären Aufenthaltes auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vollzogene Harmonisierung der Versorgungsbereiche unter Weiterzahlung des Pflegegeldes für den gesamten Zeitraum des stationären Aufenthaltes.

SV Christof Lawall (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)): Es wird tatsächlich eine Reihe praktischer Auswirkungen haben, wenn die beabsichtigte Regelung in Kraft gesetzt wird. Zunächst einmal ist vor Antritt der Leistung die Reha-Einrichtung oder auch die Vorsorgeeinrichtung darüber zu informieren, dass nicht nur der Rehabilitand oder der Empfänger der Vorsorgeleistung selbst diese Leistung antritt, sondern dass derjenige begleitet wird. Diese Information muss fließen und

das ist Aufgabe der beteiligten Leistungsträger, der Krankenkassen. Eine zweite Änderung bezieht sich auf die Dauer der Leistung. Es ist sicherzustellen, dass gerade bei den Vorsorge- oder Reha-Leistungen, die entfernt vom Wohnort des Rehabilitanden oder Vorsorgeempfängers in Anspruch genommen werden, Unterbringung und Verpflegung des Pflegenden, der beschäftigt wird, sichergestellt werden. Es ist auch die Einbindung des Pflegenden, der im Arbeitgebermodell beschäftigt wird, in den Therapiealltag und in die Einzelleistungen im Rahmen der Vorsorge oder Reha-Leistung zu gewährleisten. Das setzt bestimmte konzeptionelle Veränderungen, aber auch die Gesprächsbereitschaft der zuständigen Leistungsträger voraus, über Vergütungsregelungen attraktive Angebote zu machen, damit Leistungserbringer dies vor Ort auch tatsächlich gewährleisten können.

SV Markus Rudolphi

(Bundesärztekammer (BÄK)): In der Regel ist es so, dass wenn das begleitende Assistenzpersonal präsent ist, eine schnellere, bessere Versorgung zum Wohle des Patienten möglich ist. Das ist natürlich davon abhängig, dass diese Regelungen in den betroffenen Einrichtungen auch bekannt werden. Man hatte manchmal den Eindruck, bei der Regelung 2009, dass die eine oder andere Einrichtung ggfs. nicht so perfekt informiert war. Das wäre ein Punkt, der jetzt im Vordergrund stehen sollte. Ansonsten dürfte sich das auf jeden Fall unterstützend und entlastend auswirken. Wir sehen darin einen Benefit.

SV Gisela Bahr-Gäbel (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Wir unterstützen die Ausweitung und auch die Fortführung des Pflegegeldes, da auch im häuslichen Umfeld bestimmte Dinge weiter finanziert werden müssen, gerade bei kurzfristigen Unterbringungen.

SV Dr. Monika Kücking

(GKV-Spitzenverband): Wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass eine Harmonisierung nachvollziehbar ist. Gleichwohl haben wir auch noch einmal auf unsere grundsätzlichen Bedenken hingewiesen, die wir auch schon im Zusammenhang mit den Regelungen zum Assistenzpflegebedarfsgesetz aufgebracht haben, nämlich den Hinweis, dass die Leistungen dann doppelt finanziert werden und dies als generelle Regelung nicht erstrebenswert ist. Für einen begrenzten Personenkreis, wie es jetzt vorgesehen ist, wäre es aber akzeptabel.

SV Dr. Marc-Pierre Möll (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)):

Auch wir begrüßen die Erweiterung der bestehenden Regelungen, weisen gleichwohl darauf hin, dass dies natürlich zu Mehrausgaben führen wird, die letztendlich von den Versicherten über ihre Beiträge zu leisten sind. Wir erachten diese Mehrausgaben allerdings als vertretbar vor dem Hintergrund des Ziels, dass man hier eine bedarfsgerechte Unterstützung der betroffenen pflegebedürftigen Personen erwirken will.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Fragen an den Bundesverein der kommunalen Spitzenverbände betreffen den Sektor Investitionskosten und Finanzierung in Heimen. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Änderungen im Hinblick auf die Investitionskostenfinanzierung in Pflegeeinrichtungen? Bitte geben Sie auch eine kurze Begründung zu dieser Einschätzung.

SV Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Wir begrüßen sehr, dass Sie diesen Änderungsantrag eingebracht und das bislang große Problem der Investitionskosten in den Pflegeheimen mit aufgegriffen haben. Nach den Urteilen

des Bundessozialgerichts herrschte eigentlich nur Ratlosigkeit, und zwar auf beiden Seiten, bei den Leistungsträgern, den Kommunen als Sozialhilfeträger, als auch auf Seiten der Leistungserbringer. Es gab auch kommunale Einrichtungen, die sich gefragt haben, wie dies in der Praxis umgesetzt werden sollte, wenn wir nicht mehr Investitionskosten pauschalieren dürfen, sondern den tatsächlichen Investitionsbedarf auf jeden Pflegebedürftigen herunter rechnen müssen. Mit Ihrem Änderungsantrag beheben Sie diese Situation und ermöglichen, dass man wie bislang die Pauschalierung vornehmen kann.

Abg. **Willi Zylajew (CDU/CSU)**: Meine zweite Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und den Diakonie-Bundesverband. Der Änderungsantrag zu Artikel 2, § 82 Abs. 3 SGB XI, beinhaltet, dass Instandhaltung und Instandhaltungsaufwendungen weiterhin pauschal berücksichtigt werden können. Wird diese Formulierung dem BSG-Urteil nach Ihrer Einschätzung gerecht und besteht aus Ihrer Sicht noch Abänderungsbedarf?

SV **Herbert Mael** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)):
Auch wir – ich kann mich Frau Vorholz nur anschließen – sind froh, dass diese Regelung hoffentlich rechtzeitig vor dem 01.01.2013 in Kraft tritt, weil sonst ein großes Chaos angerichtet worden wäre, mit dem niemand richtig hätte umgehen können. Insofern sind wir dankbar für diese Regelung. Ich finde das in der Gesetzesbegründung sehr klar geschildert, möchte mir den Hinweis erlauben, dass im Gesetzestext möglicherweise trotzdem ein Widerspruch auftaucht. Im BSG-Urteil ging es immer um den Begriff der Aufwendungen. Aufwendung ist das, was gebucht wird. Die Richter haben gesagt, nur das, was gebucht wird. Dann sind wir genau in dieser Situation, dass wir die sich ständig ändernden Beträge hätten. Es wäre

zu überlegen, ob man nicht die vom Bundesrat vorgeschlagene Formulierung „Angemessene Pauschalen für Instandhaltung und Aufwendung“ übernimmt. Damit wäre dieses Problem klar geregelt. Zur Vermeidung von Interpretationsschwierigkeiten schlagen wir weiterhin vor, die Gleichsetzung von Eigen- und Fremdkapitalzinsen bereits im Gesetz vorweg zu nehmen. Ansonsten sind wir sehr zufrieden damit, dass uns in 16 Ländern mit 11 000 Einrichtungen und 800 000 Heimverträgen zum Jahresanfang erheblicher Ärger mit dieser Regelung erspart bleibt.

SV **Dr. Gundula Griessmann** (Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband): Wir sehen es ähnlich wie der bpa. Wir sind froh, dass die Regelung kommt und dass Abhilfe geschaffen wird nach dem BSG-Urteil. Wir denken, dass die Länder mit der neuen Fassung des § 82 SGB XI alle Möglichkeiten haben, sinnvolle Regelungen zu treffen, die eine große Erleichterung sein werden. Bezüglich der Formulierung, wie sie vom Bundesrat vorgeschlagen wurde, sind auch wir der Meinung, dass es sicherlich eine Erleichterung wäre, wenn diese noch konkretisiert würde.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich möchte die Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Träger der Sozialhilfe fragen. Sie führen in Ihrer schriftlichen Stellungnahme, die uns vorliegt, aus, dass die Regelung aus Ihrer Sicht auf das Arbeitgebermodell beschränkt und insbesondere nicht auf ambulante Dienste ausgeweitet werden darf. Können Sie das näher begründen?

SV **Dr. Kirsten Dittmar** (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)): Wir sind der Auffassung, dass die Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen eigentlich diese Bedarfe selber decken können müssten.

Für diesen speziellen Personenkreis ist das pragmatisch und aus anderen Gründen schwierig und deswegen haben wir diesen Regelungen für den sehr beschränkten Personenkreis zugestimmt. Eine Erweiterung halten wir nicht für sachgerecht, weil das bedeuten würde, dass der Sozialhilfeträger Leistungen, die vorrangig die Kostenträger übernehmen müssten, finanziert. Das ist faktisch das Ergebnis, denn die Leistungen der Pflegeversicherungen sind gedeckelt und die darüber hinaus gehenden Aufwendungen sind zumeist beim Sozialhilfeträger und einer derartigen Ausweitung können wir nicht zustimmen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Nachfrage beim Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Sie haben gesagt, die Regelung wird begrüßt und der höhere Betreuungsbedarf ist unbestritten. Vielleicht können Sie Ihre Erfahrungen in Ihren Einrichtungen mit dem Assistenzpflegebedarfsgesetz im Krankenhaus näher erläutern und unter dem Aspekt sagen, was Sie mit der Erweiterung ganz konkret für Ihre Häuser erwarten?

SV **Thomas Bublitz** (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Unsere Erfahrungen im Krankenhaus sind die, dass zunächst der Betreuungsbedarf über den normalen pflegerischen und therapeutischen Bedarf im Krankenhaus hinausgeht, weil Menschen mit Behinderungen diesen erhöhten Betreuungsaufwand haben und sich nicht bewegen können wie ein „normaler“ kranker Mensch. Das sind beispielsweise Tätigkeiten, die von der Nahrungsaufnahme bis hin zur Körperpflege reichen, die Menschen mit Behinderungen nicht machen können wie „normale“ Kranke. Unsere Erfahrungen decken sich sehr eng mit dem, was der GKV-Spitzenverband ausgeführt hat. Gegen die Mitaufnahme der Assistenzpflegeperson ist nichts einzuwenden, aber man möchte sie nicht

bezahlen. Das ist unsere Situation, die wir schon heute in den Reha-Kliniken haben und das ist die Position der Kostenträger auf GKV-Seite, die mit der Auffassung der Sozialhilfeträger übereinstimmt.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Im Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen ist vorgesehen, einen Austausch von personenbezogenen Daten zwischen der sozialen Pflegeversicherung und den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe einzuführen. Ist diese Regelung geeignet, eine Verbesserung der Abrechnungskontrolle herzustellen bzw. sehen Sie einen weiteren Klarstellungsbedarf?

SV **Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen, dass eine Regelung getroffen wird, mit der man in Zusammenarbeit mit den Sozialhilfeträgern einen Datenaustausch zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Bereich der Pflegeversicherung einführen will. Wir haben in unserer Stellungnahme einige systematische rechtstechnische Hinweise gegeben, weil wir glauben, ein Satz ist doppelt und er gehört an eine andere Stelle im SGB. Das richtet sich nicht gegen die Regelung im Prinzip, sondern es geht um die Verordnung und wo diese sinnvollerweise stehen sollte.

SV **Dr. Marc-Pierre Möll** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Die vorgesehene Regelung zum Austausch von personenbezogenen Daten umfasst nicht die Versicherten der Privaten Versicherung. Dem steht § 203, Absatz 1, Nr. 6 SGB entgegen, der uns zur Verschwiegenheit verpflichtet. Das heißt, wenn es politischer Wille ist, dass auch privat Versicherte erfasst werden, müsste man diese Regelung gesetzlich ändern.

SV Dr. Kirsten Dittmar

(Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)): Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe unterstützen diese Regelung ausdrücklich.

SV Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Auch wir halten es für richtig, den Datenaustausch mit dem Sozialhilfeträger zu ermöglichen, möchten aber bekräftigen, dass dies für alle Bewohner von Pflegeeinrichtungen gelten müsste, für gesetzlich und für privat Versicherte sowie für nicht versicherte Bewohner.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich bleibe mit meiner ersten Frage beim Assistenzpflegegesetz und frage den Bundesverband Forum selbstbestimmter Assistenz und die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, die Verbraucherzentrale sowie das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche Deutschland. Wenn Frau Dr. Fix vom Deutschen Caritasverband den Teil der Frage beantworten würde, den sie in der ersten Fragerunde nicht beantwortet hat, wäre ich ihr dankbar. Halten Sie es für sachgemäß, dass der Rechtsanspruch auf Assistenzpflegeleistungen von der Organisationsform des Arbeitgebermodells abhängig gemacht werden soll und wie halten Sie in diesem Punkt den Gesetzentwurf der Bundesregierung für vereinbar mit Artikel 25 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen?

SV Alexander Hübner (Bundesverband Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V. (ForseA)): Der Gesetzentwurf widerspricht der Behindertenrechtskonvention und sollte nachgebessert werden. ForseA hat dazu eine ausführliche Stellungnahme abgegeben. Wir begrüßen, dass schwerbehinderte Menschen ihre

Assistenz mit ins Krankenhaus oder zur Rehabilitation mitnehmen können, weil dadurch auch viele Gefahrenquellen beseitigt werden können. Wir haben in unserer Stellungnahme Beispiele aufgeführt für Situationen, in denen Menschen mit Behinderungen einen Krankenhausaufenthalt aus Angst ablehnen, weil sie dort teilweise liegen gelassen werden. Es besteht kaum die Möglichkeit, die Beatmungsgeräte entsprechend zu bedienen usw.

SV Ricarda Langer (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH)): Aus unserer Sicht geht der Gesetzentwurf der Bundesregierung an der realen Bedarfslage vorbei, weil er ein dringliches Problem ausblendet, und zwar, dass für die Mehrheit der Menschen mit Assistenzbedarf nicht einmal die Finanzierung des stationären Krankenhausaufenthaltes, insbesondere die Mitaufnahme, eindeutig gesetzlich geregelt ist. Wir sind der Auffassung, dass der Gesetzentwurf Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention widerspricht, denn darin wird festgehalten, dass alle Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben müssen. Der Gesetzentwurf gewährt dies nur Menschen, die ihre Assistenz im Arbeitgebermodell sicherstellen. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. würde sich dafür aussprechen, dass der Gesetzentwurf auf alle Menschen mit Assistenzbedarf ausgeweitet wird.

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Ich habe zwar in meinen schriftlichen Äußerungen dazu nichts gesagt, möchte mich aber den Ausführungen von Frau Langer anschließen, da es durchaus andere Kreise von Menschen gibt, die entsprechend versorgt sein müssten und die ein Interesse daran haben, dass das auch in ihrem Bereich so umgesetzt wird.

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Auch ich sehe im vorliegenden Gesetzesentwurf eine Ungleichbehandlung von Menschen mit Behinderung ohne Arbeitgebermodell versus Menschen mit Behinderung im Arbeitgebermodell. Das hatte ich anfangs schon ausgeführt. Ich sehe darin durchaus auch einen Verstoß gegen die UN-Behindertenrechtskonvention. Wir sind der Auffassung, dass alle Menschen, die beispielsweise kognitive Einschränkungen haben und/oder eine geistige Behinderung unbedingt in den Genuss dieser Regelung kommen müssten, auch wenn sie nicht das Arbeitgebermodell verfolgen, auch wenn sie beispielsweise Pflegepersonen aus dem Angehörigenbereich haben, die im Übrigen auch darauf angewiesen sind, dass das Pflegegeld fortgezahlt wird. Daher setzen wir uns dafür ein, dass die Regelungen ausdrücklich auf alle Menschen mit Behinderung, die darauf angewiesen sind, eine Begleitperson in das Krankenhaus oder in die Reha- und Vorsorgeeinrichtung mitzunehmen, ausgeweitet wird.

SV Dr. Gundula Griessmann (Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband): Zu dem Punkt sind die wesentlichen Argumente schon genannt worden. Wir teilen diese und denken, dass es für die Menschen mit einer Assistenz im Arbeitgebermodell ein wichtiger Schritt ist, aber es gibt keinen Grund, andere Menschen mit ähnlichem Unterstützungsbedarf, weil sie diesen anders geregelt haben, davon auszuschließen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Ich möchte wissen, wie Sie die Neuregelung der Investitionskosten aus Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher bewerten. Werden Ihrer Meinung nach die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in stationären Einrichtungen ausreichend

über den tatsächlichen Umfang der getätigten Investitionen informiert?

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Wir haben es hier mit einer Materie zu tun, die im Grunde genommen nicht in das SGB XI gehört. Es geht darum, dass das Heimentgelt Entgeltbestandteile enthält, die letztlich allein vom Verbraucher zu tragen sind. Wir müssten diese Materie insgesamt in anderen gesetzlichen Umgebungen regeln, dort, wo es um die Beziehung zwischen Verbrauchern und Unternehmern geht und dann müssten in entsprechenden gesetzlichen Regelungen auch genaue Maßstäbe dargetan werden, wie die Rechnungslegung über Pauschalen erfolgen soll. Das haben wir hier nicht. Es wäre die Aufgabe, dies zivilgesetzlich zu regeln. Dazu böte sich für den stationären Bereich unter Umständen das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz an. Für den ambulanten Bereich müssten wir doch wieder in das SGB XI hinein gehen, weil es dort die Vorschrift des § 120 gibt. Diese gehört im Grunde genommen auch nicht in das SGB XI. Es wäre durchaus an der Zeit, Überlegungen anzustellen, wie man diese Rechtsbereiche entwirrt und dann die Verbraucher so informiert, dass sie hinter die Geheimnisse der Entgeltposition im Bereich der Investitionsaufwendungen gelangen.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Verfügen Ihrer Meinung nach die Pflegekassen über ausreichend Informationen, über Höhe und Zusammensetzung von Investitionskosten in den Pflegeeinrichtungen, um diese im Rahmen der Pflegeberatung an Pflegebedürftige und Angehörige als Entscheidungshilfe für eine Pflegeeinrichtung weitergeben zu können?

SV Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Es ist so, dass es unterschiedliche Fallgestaltungen gibt und

die Situation ist jeweils ein bisschen unterschiedlich. Bei den Investitionskosten der nach Landesrecht geförderten Einrichtungen kann man davon ausgehen, dass die Landesbehörden den Pflegekassen in der Regel die Höhe und auch die Grundlagen der Investitionskosten sowie die Zusammensetzung mitteilen, aber ohne gesetzliche Grundlage, auf freiwilliger Basis. Bei den Investitionskosten in nicht nach Landesrecht geförderten Einrichtungen, gibt es die Situation, dass die mitteilungspflichtigen Entgelte, die Höhe der Entgelte, in der Regel den Landesverbänden bekannt gegeben werden, aber auch das auf freiwilliger Basis. Dann haben wir den dritten Fall: Das sind die Einrichtungen, bei denen die Investitionskosten für die Sozialhilfegewährung eintreten und darüber gibt es wenig Transparenz.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Können Ihrer Ansicht nach die bisherigen gesetzlichen Regelungen sicherstellen, dass eine regelmäßige Überprüfung der Höhe der Pauschalen für die Investitionskosten gegeben ist?

SV Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Diese Aufgabe nimmt nicht die GKV wahr, sondern die Länder.

SV Dieter Lang ((Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Ich bin der Meinung, dass es tatsächlich nicht kontrolliert werden kann. Es ging letztlich nur darum, dass ein Verbraucher einen Auskunftsanspruch geltend macht, nachdem er weiß, wie sich anfänglich die Entgeltposition „Investitionskosten aufwendung“ tatsächlich zusammensetzt. Er weiß dieses weder beim Einzug in eine stationäre Einrichtung noch wenn er mit einem

ambulanten Pflegedienst einen Vertrag schließt. Das sind Beträge, die ihm im Vertrag vorgesetzt werden. Er kann sie nicht nachvollziehen. Deshalb kann er letztlich auch die Erhöhungen nicht nachvollziehen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich frage den Verbraucherzentrale Bundesverband. Halten Sie die bisherigen gesetzlichen Vorschriften zur Umlage von Investitionsaufwendungen für ausreichend, um die Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen zu informieren?

SV Dieter Lang (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Das richtet sich erneut nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz. Dort steht in § 3, dass bereits bei Einzug Informationen zu erteilen sind. Diese sollen sich auch auf die Art, die Höhe und den Umfang der einzelnen Positionen beziehen. Das wird tatsächlich so nicht umgesetzt. Ich habe noch keinen Vertrag gesehen, in dem steht, in ihrer Investitionskostenumlage stecken x % Eigenkapitalzinsen, x % Pauschale für Instandsetzung, x % Pauschale für Wiederbeschaffung von Gegenständen. Die Verhältnisse sind intransparent. Wenn nach Auffassung des Bundessozialgerichts die Geltendmachung von Eigenkapitalzinsen auf der Grundlage der bestehenden Gesetze einen ungesetzlichen Vorgang darstellt, kann ich nur sagen, Verbraucher haben über Jahrzehnte mit ihren Umlagen dazu beigetragen, dass der Betriebsüberschuss gefördert worden ist. Das hat das Bundessozialgericht auch gesagt: Die Betriebsüberschüsse müssen nach § 82 Absatz 1 geholt werden, und zwar in Verhandlung mit den Kassen, dann wird es von der Solidargemeinschaft getragen. So ist es aber nicht. Hier werden nur diejenigen belastet, die tatsächlich pflegehilfebedürftig sind.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Meine Frage richtet sich an den Verband Forum selbstbestimmter Assistenz, an den

Bundesverband Deutscher Privatkliniken und an die Bundesärztekammer. Ich möchte wissen, welche Erfahrungen Sie mit dem Nebeneinander von originärer Krankenhauspflege und dem Wirken der Assistenzpflege im Krankenhaus gemacht haben?

SV Alexander Hübner (Bundesverband Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V. (ForseA)): Für den Assistenznehmer ist die Begleitung durch die Assistenz im Krankenhaus eine Form der Lebenssicherung. Diese Personen sind untereinander eingespielt, in jeglicher körperbehinderten Situation. Wir haben nur von guten Erfahrungen gehört.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Wir haben ebenfalls positive Erfahrungen gemacht. Das wird am deutlichsten, wenn man sich Beispiele vor Augen führt. Stellen Sie sich einen sehbehinderten Menschen vor, der sich im Krankenhaus befindet. Dann wird klar, dass besonderer Betreuungs- und Assistenzbedarf anfällt, den man nicht pflegerisch abdecken kann, sondern den dieses eingespielte Team am besten erfüllt. Es ist gut, das fortzuführen und auch im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation zu sichern. Der Kritik an der Begrenzung auf das Arbeitgebermodell würden wir uns durchaus anschließen.

SV Markus Rudolphi (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Rückmeldungen, die uns zu dieser Frage vorliegen, sind durchweg positiv. Insgesamt wird es als sehr entlastend wahrgenommen, da in den entsprechenden Einrichtungen in den letzten Jahren die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit internen und externen Experten zunehmend ausgebaut wurde. Die Integration von Spezialkräften mit speziellem Know-How ist geübt und das erleichtert die medizinische Betreuung um ein Vielfaches.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und an die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Ich möchte wissen, wie viele Personen mit Behinderungen beschäftigen ambulant Pflegekräfte nach den Vorschriften des XII. Buches SGB im sogenannten Arbeitgebermodell?

SV Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Es scheint Unstimmigkeiten zu geben, was die Zahlen betrifft. Der Gesetzentwurf spricht von 685 Personen, die betroffen sind. Wir können das weder statistisch noch tatsächlich nachvollziehen. Wir haben als ein Beispiel die Stadt München angeführt, eine große Stadt. Aber bereits dort gibt es über 100 Personen mit Assistenz nach dem Arbeitgebermodell, so dass wir Zweifel haben, ob es bundesweit nicht mehr Menschen sind, die davon betroffen wären.

SV Dr. Kirsten Dittmar (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)): Wir haben auch keine Zahlen, die valider wären.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): An beide Organisationen die nächste Frage. Welche Erfahrungen haben Sie mit der Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Regelung zur Assistenzpflege im Krankenhaus gemacht, insbesondere im Hinblick auf die Inanspruchnahme und die damit verbundenen Kosten für die Sozialhilfeträger?

SV Dr. Irene Vorholz (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Es ist so, dass der Personenkreis, der seit 2009 Anspruch darauf im Krankenhaus hat, über das SGB XII davon Gebrauch macht, mit den Kostenfolgen, die im SGB XII

Niederschlag finden. Wir gehen davon aus, dass das auch bei der neuen Regelung der Fall sein wird. Deswegen können wir als Erfahrung festhalten, dass der spezifische Bedarf von behinderten Menschen im Krankenhaus oder in der stationären Reha oder Vorsorgeeinrichtung besteht. Das ist völlig unstrittig. Die Frage ist, wer dafür verantwortlich sein soll. Sollte es, wie jetzt vorgesehen, die Sozialhilfe sein – die Lösung über das SGB XII – oder muss nicht, bedingt auch durch die erforderliche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, die notwendige medizinische Versorgung einschließlich aller erforderlichen Bedarfe für den behinderten Menschen im Krankenhaus sichergestellt werden. Das ist unser Verständnis von Inklusion. Das ist der Grund, warum wir sagen, der Bedarf muss ohne Zweifel gedeckt werden. Eine Lösung über das SGB XII halten wir für nicht richtig, sondern es muss eine krankensicherungsrechtliche Lösung gefunden werden über das SGB V.

SV Dr. Kirsten Dittmar

(Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)): Mir bleibt nur, mich anzuschließen. Wir bestreiten nicht den Bedarf, wir finden auch die Art und Weise der Bedarfsdeckung über den Personenkreis gerecht. Wir halten es nicht für richtig, dass der Sozialhilfeträger diese Kosten trägt, diese müssten über das zuständige System der Krankenversicherung getragen werden.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Meine nächste Frage richte ich an den Bundesverband der Deutschen Privatkliniken. Sie berichten in Ihrer Stellungnahme von Erfahrungen nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus, dass Krankenkassen die Vergütung für Pflegeleistungen mit dem Argument kürzen wollten, dass Pflegeleistungen von einer besonderen

Pflegekraft übernommen würden. Ist es zu solchen Kürzungen gekommen? Danach würde ich gern eine Bewertung dieser Aussage vom GKV-Spitzenverband haben.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Wir haben diese Diskussion mehrfach führen müssen. Es hat aber tatsächlich keine Kürzungen gegeben, weil die DRG-Vergütung eine geregelte Vergütung ist, die man an der Stelle nicht zusammenkürzen kann. Wir sehen aber durchaus eine Gefahr im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation, weil wir dort keine Preismodelle haben, sondern uns dort ausschließlich in starker Abhängigkeit zur Nachfrage bewegen. Ich glaube, der unbestrittene Nutzen, eine Assistenzpflegeperson mit im Therapiebereich unterzubringen oder in den Reha-Bereich zu integrieren, liegt auf der Hand.

SV Dr. Monika Kücking

(GKV-Spitzenverband): Auch uns sind keine Kürzungen von Vergütungen bekannt, aber es besteht ein grundsätzlicher Dissens, wer für die Leistungen der Personen, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, egal ob sie behindert sind oder nicht, zuständig ist. Nach unserem Verständnis ist das Krankenhaus oder die Reha- und Vorsorgeeinrichtung zuständig, auch ohne dass die Assistenzkräfte mit in die Einrichtung gehen müssen. Die Regelung, die hier vorgesehen ist, bezieht sich auf den Personenkreis, wo zusätzliche Vergütungen an pflegende Begleitperson erforderlich sind und die sollten – das finden wir auch richtig – abgedeckt werden, damit keine Vergütungslücke entsteht und sie auch weiter beschäftigt werden können. Wenn sie beschäftigt werden, können sie auch in den Einrichtungen unterstützen, aber einen weitergehenden Regelungsbedarf halten wir nicht für sinnvoll.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an den Deutschen Caritasverband, Frau Dr. Fix. Ich würde gerne von Ihnen wissen, wie gewährleistet ist, dass Pflegeeinrichtungen ihren Bewohnern über umlagefähige Pauschalen keine ungerechtfertigten Kosten in Rechnung stellen. Denken Sie, dass der Gesetzentwurf hier hinreichend Verbrauchertransparenz gewährleistet?

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich sehe in der Neuregelung zu den Investitionskosten den Verbraucherschutz hinreichend gewährleistet. Im § 82 Absatz 3 gibt es die neu angefügte Regelung, dass die Pauschalen grundsätzlich in einem angemessenen Verhältnis zu den tatsächlich anfallenden Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten zu sehen sind. Das heißt, dass Pauschalen stets den tatsächlichen Aufwendungen im Sinne des BSG-Urteils gegenüber gestellt werden müssen. Bei geförderten Einrichtungen gibt es die Zustimmungsbescheide der zuständigen Landesbehörden. Mit diesen wird auch geprüft, ob das Verhältnis von Pauschalen zu den tatsächlichen Aufwendungen angemessen ist. Bei den nicht geförderten Einrichtungen gibt es die Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Landesbehörde und somit gibt es hier auch eine Prüfungsgrundlage, ob der Verbraucherschutz hinreichend gewährleistet ist.

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Verbrauchertransparenz und Verbraucherschutz habe ich in einem beantwortet. Natürlich muss man einräumen, dass die Anzeigen- bzw. Nachweispflichten gegenüber der zuständigen Landesbehörde erfolgen und somit der Verbraucher nicht in jeder Weise an dieser Stelle informiert ist. Aber ich möchte Herrn Lang widersprechen. Wir haben vorher § 3 WBG Informationspflichten erwähnt und dort kommen die Investitionsposten vor und

natürlich auch die Pauschalen und der Umlagemaßstab. Insofern sehe ich an dieser Stelle die Transparenz gewährleistet.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Lang vom Verbraucherzentrale Bundesverband. Ich würde gern von Ihnen wissen, ob Sie die im Änderungsantrag getroffenen Regelungen hinsichtlich ambulanter Pflegeeinrichtungen als ausreichend bezeichnen würden?

SV **Dieter Lang** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Angesichts der Fülle sind gewisse Dopplungen fast nicht zu vermeiden. Im Bereich der ambulanten Pflege gibt es keine Vorschriften im Hinblick auf die Darstellung von Investitionskosten beim Abschluss eines ambulanten Pflegedienstvertrages. Es fehlt in § 120 SGB XI jede Bezugnahme auf die Investitionskosten. Von daher, halte ich insbesondere im ambulanten Bereich eine ausreichende Transparenz nicht für gegeben. Ich habe ambulante Pflegedienstverträge gelesen, in denen als Maßstab für die Umlage von Investitionskosten tatsächlich die Schwere der Pflegebedürftigkeit geltend gemacht worden ist. Wer Pflegestufe III hatte, musste mehr Investitionskosten bezahlen als derjenige mit der Pflegestufe I. Umlagemaßstäbe pro Kopf, pro qm der Zimmer, das geht in der ambulanten Pflege nicht. Aber weder für die stationäre, noch für ambulante Pflege gibt es an irgendeiner Stelle tatsächlich gesetzliche Hinweise, wie solche Abrechnungs- und Umrechnungsmaßstäbe auszusehen haben.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich frage die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. Gibt es ausreichend Kenntnis über die Rechtslage oder sehen Sie noch Nachbesserungsbedarf, so dass jeder weiß,

welchen Anspruch er im Hinblick auf die Assistenz hat?

SV Ricarda Langer (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH)): Die Lebenshilfe vertritt Menschen mit geistiger Behinderung und hier ist festzustellen, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung in relativ seltenen Ausnahmefällen Assistenzen im Arbeitgebermodell beschäftigen. Insofern ist für die meisten Menschen, die wir vertreten das Arbeitgebermodell nicht einschlägig. Das heißt, dass dieser Anspruch, den das Assistenzpflegegesetz gewährt, nicht geeignet ist, deren Bedarf zu decken.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Caritas. Ist es realistisch, dass sich im jetzigen Zustand ein Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung eine angepasste Assistenz praktisch, personell und finanziell leisten kann.

SV Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Grundsätzlich muss das Krankenhauspflegepersonal in der Lage sein, die üblichen pflegerischen Maßnahmen auch bei Menschen mit Behinderung, auch wenn sie schwerstbehindert sind, durchzuführen. Die Leistungen, über die wir hier sprechen, sind zusätzliche Leistungen der Assistenz und sie betreffen allgemeine Unterstützungsleistung beispielsweise bei der Kommunikation, aber nicht unbedingt bei pflegerischen Maßnahmen. Das muss tatsächlich über die Kosten der Krankenkasse gedeckt werden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. Sie haben darauf hingewiesen, dass nur wenige Menschen mit geistigen

Behinderungen mit dem Arbeitgebermodell überhaupt zu tun haben. Gleichwohl gibt es den Bedarf einer Begleitung durch einen Menschen, entweder aus der Einrichtung oder aus dem persönlichen Kontext. Sind heute in diesem Rahmen die Kosten gedeckt und ist es möglich, dass ein Behinderter seine Ansprüche geltend machen kann? Wenn nein, was schlagen Sie als Regelung vor?

SV Ricarda Langer (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH)): In unserer Beratungspraxis erreichen uns immer wieder Fälle, die uns zeigen, dass die Frage ungeklärt ist. Wir haben vorhin gehört, dass die Mitaufnahme einer Begleitperson in der Regel unproblematisch möglich sei, und die Finanzierungsfrage den eigentlichen Streitpunkt darstelle. Häufig ist es ein umgekehrter Kreislauf, der zwischen Krankenhaus- und Sozialhilfeträgern und der Einrichtung, die den Mitarbeiter entsendet, stattfindet und bei der Verantwortung hin und her geschoben wird. Demzufolge würden wir uns dafür aussprechen, dass es eine eindeutige Regelung gibt, die alle Konstellationen – ambulante und stationäre Unterbringung – erfasst. Wir könnten uns sowohl eine Regelung über die Eingliederungshilfe vorstellen, als auch eine Regelung, die im Krankenhausbereich verortet wird.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den bpa. Sie verweisen auf eine Studie der Uni Witten/Herdecke, wo es um die kognitiven Beeinträchtigungen von Klinikpatienten geht. Sie sprechen davon, dass 30 Prozent aller Klinikpatienten entweder Hirnleistungsstörungen haben oder dement sind. Wie sehen Sie in diesem Zusammenhang den besonderen Assistenzbedarf von Menschen mit einer Demenzerkrankung und was müsste als Regelung ziehen?

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir haben vom Menschen her gedacht. Es gibt bestimmte Gruppen, bei denen wird es unweigerlich zu Problemen kommen, egal ob im Krankenhaus oder in der Reha. Wir sind froh, dass eine Regelung für das Arbeitgebermodell gefunden wurde. Wir sehen die Folgen zunehmend beispielsweise in der ambulanten oder stationären Pflege, wenn einem schwer demenzkranken Menschen die Bezugsperson fehlt. Wir sehen die Schwierigkeiten, die sich bei einer stationären Unterbringung im Krankenhaus in einer völlig fremden Umgebung ergeben. Das ist ein wachsendes Problem und wir halten es für richtig, dass dieser Unterstützungsbedarf gedeckt wird, ansonsten hat die Klinik ein Problem und wir im Anschluss daran. Ob das jetzt durch Kräfte der Klinik geregelt werden kann oder ob dafür vertraute Personen benötigt werden, mag man diskutieren. Wir sind der Meinung, dass es wirklich vertraute Personen an dieser Stelle braucht, um den Bedarf regeln zu können. Insofern glauben wir, dass weitere Schritte notwendig sind, um die jeweiligen Bedarfe zu decken.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die gleiche Frage würde ich auch an den GKV-Spitzenverband stellen. Sie warnen davor, den Kreis auszudehnen. Gleichzeitig bleibt die Frage, was mit den Menschen, die einen besonderen Assistenzbedarf haben, der über die normale stationäre Pflege hinausgeht, passiert.

SV Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Ich habe ausgeführt, dass wir davon ausgehen – und das ist auch Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen – dass die Krankenhäuser und auch die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sich im Rahmen ihrer Leistungspflicht um alle Personen, die bei ihnen betreut werden,

gleichermaßen zu kümmern haben, egal ob jemand nur leichte oder im Einzelfall schwerere Beeinträchtigungen hat. Wir haben ein pauschales Vergütungssystem und das bedeutet auch, dass man die Mittel dann entsprechend dem Aufwand erstattet bekommt. Insofern ist das geregelt.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es ist so, dass die Pflegeversicherung und die allgemeine Krankenversicherung in der Regel den gleichen Träger, wenn auch untereinander noch einmal abgegrenzt, umfassen. Wäre es nicht einfacher, man würde sich tatsächlich zu einer klaren Regelung für den Patienten, der einen besonderen Assistenzbedarf hat, durchringen.

SV Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband): Ich glaube, wir haben im Grunde eine klare Regelung, zwar nicht die, die sie hier vorschlagen, aber wir haben eine Regelung und diese ist aus unserer Sicht ausreichend.

Die **Vorsitzende**: Soweit sind alle Fragen geklärt. Ich darf mich bei allen bedanken, die uns zu so später Stunde für Antworten zur Verfügung standen und für das Interesse. Ich wünsche einen guten Heimweg. Vielen Dank, dass Sie hier waren.

Ende der Sitzung: 19:01 Uhr