

Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)

- zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz GKV-VStG; BT-Drs. 17/6906) sowie zu den **Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP** (Ausschuss-Drs. 17[14]0190[neu])
- zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung (BT-Drs. 17/3215),
- zum Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen (BT-Drs. 17/7190)

Bezug: Anhörung des Gesundheits-Ausschusses im Deutschen Bundestag am 19.10.2011

Aus Anlass der o. g. Ausschuss-Anhörung nimmt der Geschäftsführende Vorstand der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) erneut zum Gesetzentwurf eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes Stellung. Die DVfR beschränkt sich dabei auf Themenkomplexe, die für die Rehabilitation von Bedeutung sind.

I. Allgemeines

1. Immer mehr Menschen leben mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit und bedürfen statt ausschließlich kurativer Versorgung einer rehabilitativen Versorgung, die auf den Erhalt der Selbständigkeit und Teilhabe und damit auf Inklusion in allen gesellschaftlichen Bereichen und in allen Altersgruppen ausgerichtet ist. Daher muss sichergestellt werden, dass die Ausgaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung für Maßnahmen medizinischer Rehabilitation nicht sinken sondern dem steigenden Bedarf angepasst werden.
2. Die DVfR vermisst politische Umsetzungsvorhaben, die wohnort- und lebensweltnahe gesundheitliche und rehabilitative Versorgung in definierten Versorgungsregionen stärken. Für die Ausgestaltung der Reha-Maßnahmen ist die multidisziplinäre Bewertung des Rehabilitationsbedarfes und die bedarfsorientierte, d.h. individualisierte Form der Leistungserbringung erforderlich. Rehabilitationsangebote sollten sozialraumorientiert verfügbar, erreichbar und barrierefrei sein.

Diese Grundsätze, von der DVfR mehrfach vorgebracht im Rahmen des laufenden Prozesses der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland, sind – bezogen auf Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen – auch von zentraler Bedeutung für alle strukturellen Weiterentwicklungen der Versorgung, die der Gesetzgeber im Leistungsrecht des SGB V bewirken will. Sie sind daher orientierend auch für diese Stellungnahme zum GKV-VStG.

II. Änderungs- / Ergänzungsvorschläge zu einzelnen Paragraphen des Entwurfs eines GKV-VStG

Zu § 11, Abs. 6 (neu) SGB V –Satzungsleistungen und Leistungserbringung durch nicht zugelassene Leistungserbringer

Die in § 11 Abs. 6 vorgesehene neue Regelung, dass die Krankenkassen in ihrer Satzung zusätzliche, vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40 SGB V), bei der Versorgung mit Heilmitteln (§ 32 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) sowie eine Leistungserbringung durch nicht zugelassene Leistungserbringer vorsehen können, wird von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation nachdrücklich abgelehnt.

§ 12 Abs. 1 SGB V schreibt vor, dass die Leistungen notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Für Leistungen, die diesen Kriterien entsprechen, muss die gesetzliche Krankenversicherung ein vollständiges Leistungsangebot anbieten.

Leistungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, sollte die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich nicht übernehmen. Insofern besteht aus Sicht der DVfR kein Spielraum für Satzungsregelungen, die sich ja nur auf solche Leistungen beziehen können, die nicht notwendig, zweckmäßig oder wirtschaftlich sind. Denn wenn sie notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, werden sie auch jetzt schon erbracht. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre die Leistungserbringung entsprechend anzupassen. Satzungsleistungen würden also zwangsläufig über das Notwendige hinaus gehen.

Angesichts der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung und der Tatsache, dass es oft schon Probleme bereitet, die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen in vollem Umfang zu gewährleisten, z.B. in manchen Bereichen der Rehabilitation, der Heil- und Hilfsmittelerbringung, ist es nicht hinzunehmen, dass Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, gerade auch wenn sie über Zusatzbeiträge finanziert werden sollten, für Satzungsleistungen verwendet werden, die nicht notwendig, nicht zweckmäßig oder nicht wirtschaftlich sind.

Vielmehr ist durch die Einführung von Satzungsleistungen, die zusätzlich zum gesetzlich vorgeschriebenen Angebot gewährt werden können, eine Aushöhlung des Prinzips der Gewährung notwendiger Leistungen zu erwarten. Es ist zudem schwierig, zusätzliche fakultative Satzungsleistungen von den gesetzlich notwendigen Leistungen abzugrenzen.

Dass notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen erbracht werden müssen, gilt nicht nur für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sondern auch für die

Krankenpflege und die Heil- und Hilfsmittelversorgung. Auch hier ist nicht erkennbar, warum der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung über Satzungsregelungen um solche Leistungen erweitert werden soll, die nicht notwendig, nicht zweckmäßig oder nicht wirtschaftlich sind.

Zudem besteht bei Rehabilitationsleistungen als Satzungsleistungen die Gefahr, dass vor dem Hintergrund des Wettbewerbs der Krankenkassen Billig-Rehabilitationsangebote entstehen, die ggf. dazu benutzt werden, qualitätsgesicherte Rehabilitationsangebote zu ersetzen, und dass solche neuen Rehabilitationsangebote kreiert werden, deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht belegt ist. Da im Gesetz keinerlei Kriterien für die Aufnahme solcher zusätzlicher Leistungen genannt sind, dürfte es hier zu einem Wildwuchs kommen, der diejenigen Leistungen gefährdet, die bisher im Konsens qualitätsgesichert und wirtschaftlich erbracht werden.

Die Einführung von möglichen Kann-Leistungen als Satzungsleistungen widerspricht zudem der gesamten Systematik des bisherigen Teilhaberechts. Der rechtliche Anspruch der Versicherten auf notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen kann so ausgehebelt werden. Eine solche Regelung könnte allenfalls ausschließlich für Vorsorgemaßnahmen toleriert werden, wenn es sich um Leistungen handelt, bei denen ein erheblicher Ermessensspielraum besteht und auch die Bedingungen der Notwendigkeit nicht klar definiert sind.

Als weiteres Argument ist anzuführen, dass die Träger der Sozialhilfe gemäß § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII im Hinblick auf das dann – je nach Krankenkasse – unterschiedlich gestaltete Angebot von Rehabilitationsleistungen der GKV keinen klaren Entscheidungsmaßstab mehr haben, wenn sie im Rahmen der Eingliederungshilfe medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen haben.

Die DVfR befürchtet, dass hinter dieser Regelungsabsicht nicht nur allgemeine Überlegungen zu einer Verstärkung wettbewerblicher Prinzipien stehen, sondern auch das Ziel, über Satzungsregelungen zu pauschalen Angebotspaketen mit Pauschalvergütungen zu kommen. Es mag sein, dass einzelne Leistungsanbieter sich hiervon Vorteile versprechen und mit wellnessähnlichen „Paketen“ versuchen, werbewirksame Produkte anzubieten, deren Verlockung sich dann auch einzelne Krankenkassen im Hinblick auf eine bestimmte Klientel möglicherweise nicht entziehen können.

Aus Sicht der DVfR sollte unbedingt vermieden werden, dass solche letztendlich nicht an Qualitätskontrollen und wissenschaftliche Kriterien gebundene Werbeangebote das bewährte System der Rehabilitation in Frage stellen. Dies gilt im Übrigen auch für die anderen genannten Leistungsbereiche. Insofern ist auch die Einräumung der Möglichkeit, Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer erbringen zu lassen, strikt abzulehnen.

Zu § 32 Abs. 1a und § 84 Abs. 8 – Heilmittelversorgung und Praxisbesonderheiten-/Richtgrößen

- Zu § 32 Abs. 1a – Heilmittelversorgung

Im Gesetzentwurf ist zu § 32 Abs. 1a vorgesehen, dass die Krankenkassen bei langfristigem Behandlungsbedarf auf Antrag des Versicherten die erforderlichen

Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum genehmigen. Das Nähere soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln. Diese generelle Regelung im Sinne einer Genehmigung langfristig erforderlicher Leistungen ist missverständlich, da durch die Formulierung ein generelles und regelmäßiges Genehmigungsverfahren nahegelegt wird, während bei der Neufassung der Heilmittelrichtlinie lediglich ein Lösungsverfahren bei aus Sicht des Versicherten unzureichender Heilmittelverordnung intendiert war. Die DVfR fordert deshalb, in § 32 Abs. 1a klarzustellen, ggf. auch in der Gesetzesbegründung, dass nicht die Einführung eines regelhaften Genehmigungsverfahrens für Heilmittelverordnungen bei langfristigen Behandlungsbedarf vorgesehen ist sondern dass der Versicherte im besonderen Bedarfsfall das Recht erhalten soll, auf seinen Antrag hin die Langfristigkeit seines Behandlungsbedarfs durch die Krankenkasse bestätigen zu lassen.

Die vorgesehene Regelung ist von zahlreichen Mitgliedern der DVfR zunächst begrüßt worden. Sie geht zurück auf die Neufassung der Heilmittelrichtlinien zum 1. Juli 2011. Durch die Änderung des § 8 Abs. 5 der Heilmittelrichtlinien sollte ermöglicht werden, dass zum einen Versicherte, die Heilmittel nicht ausreichend langfristig erhalten, die Möglichkeit bekommen, die Langfristigkeit ihres Behandlungsbedarfes feststellen zu lassen, und dass zum anderen die verordnenden Ärzte von der Regressgefahr für diese verordneten Leistungen befreit werden. Intendiert war dabei eine Antragsregelung für den besonderen Bedarfsfall, die dem Versicherten das Recht einräumt, eine Anerkennung der Langfristigkeit des Behandlungsbedarfes individuell feststellen zu lassen.

Da die Regressproblematik im Rahmen der Heilmittelrichtlinien nicht gelöst werden kann, schien es nun offenbar erforderlich, hierfür eine gesetzliche Regelung zu schaffen.

Die im Gesetzentwurf jetzt gewählte Formulierung *„Bei langfristigem Behandlungsbedarf genehmigen die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum“* ist allerdings indikativisch und kann so verstanden werden, dass immer dann, wenn ein langfristiger Behandlungsbedarf vorliegt, die Krankenkassen auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum genehmigen sollen.

Dass diese Interpretation nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigen die Erfahrungen der Umsetzung des § 8 Abs. 5 der Heilmittelrichtlinien durch die gesetzlichen Krankenkassen seit Sommer 2011. Diese interpretieren die Änderung der Heilmittelrichtlinien im Sinne eines generellen Genehmigungsverfahrens, nicht eines Feststellungsverfahrens zur Langfristigkeit des Behandlungsbedarfs.

Des Weiteren würden durch die vorgesehene gesetzliche Neuregelung die jetzt bestehenden Vorschriften zur Versorgung außerhalb des Regelfalls außer Kraft gesetzt.

Die Einführung eines umfassenden Genehmigungsverfahrens würde zudem einen außerordentlich hohen bürokratischen Aufwand erfordern und damit die regelmäßige, kontinuierliche Versorgung der chronisch Kranken und behinderten Patienten nicht verbessern sondern gefährden. Deshalb könnte aus Sicht der DVfR auf die Einfügung eines § 32 Abs. 1a auch verzichtet werden.

Sollte aber die grundlegende Regelungsabsicht beibehalten werden, um die Rechte der Versicherten auf eine Beantragung der Anerkennung der Langfristigkeit auch gesetzlich zu stärken, müsste eine andere Formulierung gewählt werden. Diese könnte z.B. lauten:

„Der Versicherte hat die Möglichkeit, die Langfristigkeit seines Behandlungsbedarfs mit erforderlichen Heilmitteln durch die Krankenkassen für einen geeigneten Zeitraum auf Antrag anerkennen zu lassen.“

Zudem muss klargestellt werden, dass es sich nicht um eine umfassende Genehmigung der Heilmittel handelt, sondern nur um die Feststellung der Langfristigkeit eines Behandlungsbedarfs. Diese dient dazu, dass der Vertragsarzt in diesen Fällen ohne Befürchtung eines Regresses verordnen kann (vgl. dazu unten: zur neuen Regelung des § 84 SGB V) und dass die Möglichkeiten des Versicherten gegenüber seinem Vertragsarzt verbessert werden, seine Meinung bzgl. notwendiger Heilmittel zu artikulieren.

- Zu § 84 Abs. 8 – Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten/Richtgrößen

Die Neuregelung in § 84 Abs. 8 wird im Wesentlichen begrüßt. Allerdings ist Satz 6 „Die auf Praxisbesonderheiten und Genehmigungen nach § 32 Absatz 1a entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach Absatz 6 zu berücksichtigen.“ zu streichen oder umzuformulieren. Denn diese Regelung würde dazu führen, dass die anderen Patienten dieses Arztes weniger Heilmittel erhalten können als im Durchschnitt der Facharztgruppe. Das kann nicht beabsichtigt sein. Sinnvoller ist es, das zu erwartende Volumen der Praxisbesonderheiten in das nach § 84 Abs. 8 Satz 1 i.V.m. § 84 Abs. 1 verhandelte Heilmittelbudget einzubeziehen.

Um sicherzustellen, dass die Regelung zu Praxisbesonderheiten auch greifen, regt die DVfR an, in der Gesetzesbegründung explizit Bezug zu nehmen auf die bereits gut funktionierenden Regelungen zu Praxisbesonderheiten im Bereich Rheinland (NRW) und Rheinland-Pfalz.

III. Zusätzliche Gesichtspunkte aus der UN-BRK für Anpassungen in den GKV-Versorgungsstrukturen

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) ist seit März 2009 in Deutschland geltendes Recht. Daher muss auch jede Weiterentwicklung der GKV-Versorgungsstrukturen die Vorgaben der BRK zur Ausgestaltung von Versorgungsangeboten für Menschen mit Behinderungen berücksichtigen. Besonders wichtig sind der ungehinderte (barrierefreie) Zugang zu Gesundheitsleistungen, die stärkere Berücksichtigung von Teilhabebedarfen bei der Gesundheitsversorgung und die Vernetzung mit rehabilitativen Leistungen.

Mit folgenden Hinweisen möchten wir auf noch erforderliche Regelungsbereiche aufmerksam machen – teilweise auch nur im Sinne einer „Problemanzeige“.

Zu § 111c i.V.m. § 40 Abs. 1 SGB V – Sicherstellung flächendeckender Versorgung mit mobilen Rehabilitationsleistungen

Die DVfR begrüßt die Klarstellung bzgl. der Mobilen Rehabilitation in der Gesetzesbegründung zu § 111c Abs. 1.

Seit 2007 ist nach § 40 Abs. 1 SGB V Mobile Rehabilitation regelhaft als eine Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation zu erbringen, auch in Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI. Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Leistungsbedarf zur Teilhabe (u.a. auch für pflegebedürftige Menschen zur Verminderung der Pflegedürftigkeit). Das aufsuchende Rehabilitationsangebot im Sozialraum bezieht damit einen Patientenkreis ein, der bislang keine Rehabilitationschancen hat und wirkt i.S. der BRK innovativ, indem die konkrete Lebenswelt des Rehabilitanden in besonderer Weise berücksichtigt wird.

Allerdings wurden in der Bundesrepublik Deutschland erst zehn entsprechende Einrichtungen zugelassen; mehrere davon müssen noch außerordentlich mühsam um die Anerkennung von Anträgen kämpfen. Obwohl die Mobile Rehabilitation für diese besondere Zielgruppe – die in ihrem Leistungsbedarf meist hoch kostenintensiv ist, wenn nicht mit einer geeigneten Form von Rehabilitation gegengesteuert wird – nachgewiesenermaßen erfolgreich ist, u.a. im Hinblick auf die Aktivierung und Stützung pflegender Angehöriger und auf die Vermeidung von Heimpflege, wurde eine auch nur annähernd flächendeckende Versorgung noch immer nicht erreicht.

Es ist nicht hinnehmbar, dass die Umsetzung des § 40 SGB V so schleppend verläuft.

Die DVfR regt an, über die Erwähnung der Mobilen Rehabilitation in der Gesetzesbegründung zu § 111c hinaus in die Gesetzesbegründung zu § 40 Abs. 1 noch aufzunehmen, dass die Mobile Rehabilitation als regelhaftes Angebot flächendeckend zur Verfügung stehen soll. Dies erscheint schon angesichts des Bedarfes an Rehabilitation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen dringlich, vgl. dazu u. a. die Stellungnahme des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (DV) „Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen!“ vom 21.6.2011¹.

Zu § 119: Vorschlag zur Ergänzung um einen § 119b oder c und weitere Hinweise

- **Sozialraumorientierte Kompetenzzentren zur Gesundheitsversorgung für behinderte Menschen: Medizinische Zentren für erwachsene behinderte Menschen (MZeB)**

Für Menschen mit schweren geistigen und mehrfachen Behinderungen, z. T. auch mit schwersten Körperbehinderungen oder mit fehlender sprachlicher Kommunikation, stehen im Kindes- und Jugendalter die Sozialpädiatrischen Zentren als Ergänzung der Regelversorgung zur Verfügung (siehe § 119 SGB V). Für den Übergang in das Erwachsenenalter und danach für erwachsene Patienten mit schweren Behinderungen fehlt dagegen eine entsprechende Versorgungsstruktur. Diese konnte aus verschiedenen Gründen auch nicht unter Anwendung des § 119a SGB V geschaffen werden.

Um die bestehende Versorgungslücke zu schließen und den Anspruch auf behinderungsspezifische Gesundheitsleistungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention zu erfüllen (Art. 25 Absatz (b) BRK), haben der Deutsche Ärztetag und die Fachverbände der Behindertenhilfe (Mitglieder der DVfR) die Einrichtung von Medizinischen Zentren für erwachsene behinderte Menschen (MZeB) gefordert. Die hochprofessionelle, teamgestützte Versorgung und Betreuung in regionalen

¹ http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2026-11.pdf
(4.10.2011)

Kompetenzzentren ist eine wichtige sozialräumliche Voraussetzung für mehr Teilhabe und Inklusion (vgl. dazu auch den Anhang, S. 11-12 und die Anlagen).

In der DVfR hat die gründliche Befassung mit den Fragen rund um diese Struktur „MZeB“ zwar erst begonnen. Dennoch darf bereits hier als Problemanzeige deutlich auf die hinter diesem möglichen Lösungsansatz stehenden Versorgungsmängel für Menschen mit erworbenen Behinderungen im Erwachsenenalter hingewiesen werden, die als solche nicht bestritten werden können.

Schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen mit einem komplexem medizinisch-rehabilitativen Teilhabe- und Unterstützungsbedarf sind, unabhängig davon, ob sie diesen seit früher Kindheit oder erst im Erwachsenenalter erworben haben, auf lückenlose bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen angewiesen. Sie benötigen nicht nur Leistungen der vertragsärztlichen Krankenbehandlung und Beratung aus der gesundheitlichen Regelversorgung. Notwendig sind auch weiterführende Rehabilitationsangebote in der Lebenswelt wie z.B. Mobile Rehabilitation (siehe oben, S. 5 f.) und darüber hinaus eine spezialisierte diagnostische und therapeutische Versorgung verbunden mit strukturierten und koordinierten Leistungen von Case- und Care-Management, ggf. kombiniert mit Psychotherapie und anderen Formen psychologischer und pädagogischer Betreuung.

Derzeit fallen gerade diese Menschen mit dem Erreichen der Altersgrenze von 18 Jahren oder nach der Akutphase einer Erkrankung oder eines Unfalls mit schweren neurologischen oder psychiatrischen Beeinträchtigungen häufig in ein „therapeutisches Loch“ und werden in ihrer Situation weitgehend allein gelassen.

Hingewiesen sei insbesondere auf Transitionsprobleme beim Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter. Hier treten gravierende Änderungen der rechtlichen und organisatorischen Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung und die Habilitation / Rehabilitation junger Erwachsener mit Behinderungen auf, die häufig zu Beeinträchtigungen der Inklusion führen. Erforderlich ist die planvolle und gezielte Überführung (Transition) in andere Versorgungsstrukturen, z.B. von Pädiatern zu Erwachsenenmediziner*innen, von der Betreuung durch die Kinder- und Jugendhilfe zur spezialisierten Betreuung bzw. Pflege nach der Vollendung des 18. Lebensjahres, zum Teil einhergehend mit hohen Behandlungskosten. Eine erfolgreiche Transition gelingt durch einen koordinierten, multidisziplinären Prozess, der nicht nur die medizinischen Bedürfnisse der Jugendlichen beim Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin umfasst, sondern auch psychosoziale, schulische und berufliche Aspekte einschließt (vgl. Sondergutachten des SVR im Gesundheitswesen „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, 2009). Dafür erscheinen MZeB als geeignet.

Die Organisation einer hochprofessionellen, teamgestützten Versorgung und Betreuung in regionalen medizinischen Kompetenzzentren ist nicht nur eine wichtige sozialräumliche Voraussetzung für mehr Teilhabe und Inklusion, sondern zugleich auch die entscheidende Voraussetzung zur Vermeidung bzw. Minderung von erhöhten Kosten auf Dauer – als Folge unzureichender Versorgung.

Für Medizinische Zentren für erwachsene behinderte Menschen fehlt zurzeit noch eine gesetzliche Grundlage. Solche Zentren (MZeB) sollen analog der Sozialpädiatrischen Zentren arbeiten. Die gesetzliche Grundlage könnte z. B. im Rahmen der §§ 119 und 120 SGB V (Finanzierung) geschaffen werden.

(Die DVfR verweist in diesem Zusammenhang auf entsprechende Stellungnahmen ihrer Mitgliedsverbände; s. dazu den Anhang [Auszug aus der Stellungnahme des BEB] sowie die Anlage 2 [Positionen der fünf Fachverbände für Behindertenhilfe in Deutschland]).

- **Ermächtigung von Ärzten in Rehabilitationseinrichtungen (§ 116c)**

Die DVfR befürwortet die beabsichtigte Erweiterung des Kreises von Ärzten, die unter bestimmten Voraussetzungen ermächtigt werden können, an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung Versicherter teilzunehmen, auf Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen.

- **Teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung**

Hilfsmittel haben für die Teilhabe behinderter Menschen besondere Bedeutung und haben auch ein beachtliches Potential für Einsparungen bei dauerhaft erforderlichen Unterstützungsbedarfen und Sozialleistungen. Der Hilfsmittelversorgung wird zudem in der UN-BRK ein hoher Stellenwert beigemessen. Wie mehrere konsenterte Analysen in Deutschland zeigen, bestehen in der Hilfsmittelversorgung gravierende Mängel und Probleme vor allem im Bereich des Versorgungs- und Genehmigungsprozesses sowie im Hinblick auf mangelnde Teilhabeorientierung; damit zusammenhängend ergibt sich eine beiweitem zu restriktive Beurteilung von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Die Fokussierung auf den Behinderungsausgleich bei (restriktiv definierten) Grundbedürfnissen führt dazu, dass heute gerade schwerer behinderte Menschen Hilfsmittel weder bedarfsgerecht noch zeitnah erhalten können. Denn aus der oft mangelnden Teilhabeorientierung ergeben sich häufig – durchweg langjährige – Streitverfahren, die in der Regel mit der Feststellung enden, dass die GKV nicht leistungs verpflichtet ist und mit der weiteren Folge, dass die gesamten Verfahren mit den danach in der Regel zuständigen Trägern der Sozialhilfe erneut beginnen. Auf diesem langen Weg gehen zu viele Teilhabechancen, teilweise bis hin zur Beteiligung am Arbeitsleben, verloren. Gerade diese auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragenen Zuständigkeits-Abgrenzungsverfahren sollten mit dem SGB IX ausgeschlossen werden.

Durch die vielfach unterschiedliche Praxis der einzelnen Krankenkassen, die zudem im Wettbewerb zueinander stehen, ergibt sich daraus zusätzlich ein Mangel an gleichartiger Rechtsanwendung und somit eine fehlende Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse Betroffener.

Auch Ausschreibungsverfahren und allgemeine Vertragspraxis stellen eine bedarfsgerechte und hinreichend sozialraumbezogene Versorgung vielfach in Frage.

Festbeträge für Hilfsmittel sind allenfalls für wenige Indikationen und Hilfsmittel-Produktgruppen geeignet. Insbesondere bei Teilhabe einschränkungen mit komplexem Hilfebedarf können Festbeträge eine Gefährdung der Versorgungsqualität darstellen.

Strukturelle Korrekturen in der Versorgung sind diesbezüglich angezeigt, durchaus auch im SGB V. Zur Verhinderung von Unter-, Über- und Fehlversorgungen ist mehr Kompetenz bei komplizierten Hilfsmittelversorgungen durch spezialisierte Hilfsmittelteams sicherzustellen. Z.B. müssen Regionale Kompetenzzentren für die Hilfsmittelversorgung entstehen, wenn möglich bei Medizinischen Versorgungs-

zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (s. oben) oder unter Nutzung anderer vorhandener Einrichtungen und Dienste. Die hilfsmittelbezogene Aus- und Weiterbildung für Ärzte und Therapeuten ist zu verstärken.

BMG und BMAS sollten in Zusammenarbeit mit den Betroffenen- und Fachverbänden eine Strategie für bedarfsgerechte teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung, insbesondere im Blick auf Bedarfsdeckung, Wohnortnähe, Kompetenz, zügige Versorgungsprozesse und Ergebnisqualität entwerfen und dazu konkrete Maßnahmen unverzüglich vorsehen (siehe dazu auch die Stellungnahme „Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“ vom Oktober 2009²).

- **Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung/Verminderung von Pflegebedürftigkeit**

Die Wirksamkeit von Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung bzw. Verminderung von Pflegebedürftigkeit sowie zur Förderung der Teilhabe pflegebedürftiger Menschen ist hinreichend belegt. Dennoch bestehen hier gravierende Umsetzungsprobleme. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, hier insbesondere der geriatrischen Versorgung und der Mobilien Rehabilitation, sowie eine ausreichende Heil- und Hilfsmittelversorgung sind dabei unabdingbare Bestandteile. Auch muss es verstärkt gelingen, das primäre soziale Netz der Pflegebedürftigen in der Pflege zu stützen und auch Rehabilitationsangebote für Pflegenden (zum Erhalt ihrer Fähigkeit, zu pflegen) bereitzustellen. Die rehabilitative Versorgung ist in dieser Hinsicht unzureichend.

Die konsequente Unterstützung der Rehabilitation vor und bei Pflege durch die Politik ist dringend geboten, um zügig Fortschritte zur Verminderung der Pflegebedürftigkeit und insbesondere auch des finanziellen Leistungsbedarfes, z. B. durch Inanspruchnahme von Leistungen des SGB XI oder gar Heimaufnahme, zu erreichen. Die ressortübergreifende Zusammenarbeit zwischen BMAS, BMG und BMFSFJ sollte hier verbessert werden. Die GKV-Versorgungsstrukturen sind so zu gestalten, dass präventive und rehabilitative Leistungen zur Vermeidung / Verminderung von Pflegebedürftigkeit konsequent genutzt werden können (vgl. z.B. wiederum die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit vom 21.6.2011, s. Fußnote 1).

- **Kinder- und Jugendrehabilitation**

Die Zahl der Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche nimmt seit 2006 ab, obwohl deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen ist und die Fachgesellschaften, insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, ihren Erhalt zur Bewältigung chronischer Erkrankungen und zur Vermeidung von Spätfolgen dringend fordern. Als Ursache wird zum einen vermutet, dass angesichts gedeckelter Ausgaben und wegen anderen dringenden Bedarfen, z.B. im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Anträge durch die Rentenversicherungsträger restriktiver bearbeitet werden. Aber auch die Gesetzliche Krankenversicherung hat sich parallel dazu weitgehend aus der Finanzierung zurückgezogen, obwohl sie gleichrangig zuständig ist.

²www.dvfr.de/fileadmin/download/Schwerpunktthemen/Hilfsmittel/DVfR_Lösungsoptionen_Hilfsmittelversorgung_Okt.2009.pdf

Es ist sicherzustellen, dass zumindest der Stand der stationären Rehabilitationsbehandlungen von 2006 erhalten bleibt und dass auch bislang fehlende ambulante Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche zur Verfügung gestellt werden. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Gerne stehe ich für weitere Erläuterungen – auch vor und nach der Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 19.10.2011 – zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,



Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
(Vorsitzender der DVfR)

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)
Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg, Tel.: 06221 / 18 79 01-0
E-Mail: info@dvfr.de

Anhang

Aus der Stellungnahme des Bundesverbandes Evangelische Behindertenhilfe (BeB) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Referentenentwurf) vom 29.6.2011:

„Ambulante Behandlung in spezialisierten Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Ein drängendes Problem, seit Jahren angesprochen, besteht darin, dass die vorhandenen spezialisierten Versorgungsangebote für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder, insbesondere die bewährten *Sozialpädiatrischen Zentren* – interdisziplinär arbeitend und multiprofessionell ausgestattet, mit dem Regelversorgungssystem arbeitsteilig vernetzt – nicht mehr in Anspruch genommen werden können, sobald der Betroffene ins Erwachsenenalter kommt. Trotz des Bedarfs vieler Erwachsener mit geistiger und mehrfacher Behinderung an spezialisierter Versorgung fallen die Betroffenen mit ihrem Übergang ins Erwachsenenalter ins versorgungsstrukturelle Nichts, weil es keine äquivalenten medizinischen Strukturen für Erwachsene mit Behinderung gibt. Dies ist eine fachlich unhaltbare Situation.

Sie steht im groben Widerspruch zu den fachlichen Erkenntnissen aus der Forschung zur sog. Transition, dem Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter, als einer besonderen fachlichen Herausforderung sowie zu den Forderungen in Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention, die verlangt, dass Menschen mit Behinderung jene gesundheitlichen Leistungen erhalten sollen, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

Deshalb schlägt die Behindertenhilfe seit langem die Einführung *Medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* vor.

Dies könnte mittels eines neu gefassten § 119 b erfolgen:

„Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung

(1) Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die multiprofessionell besetzt sind und unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, werden vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ermächtigt. Sie sollen eine leistungsfähige und wirtschaftliche, teilhabeorientierte Behandlung unter besonderer Beachtung der Teilhabeförderung bieten. Die Ermächtigung kann in Abhängigkeit vom regionalen Bedarf, der vorhandenen regionalen Versorgungsstruktur und der Konzeption der Einrichtung mit Schwerpunktbildung auf bestimmte Facharztgruppen begrenzt werden.“

(2) Die Behandlung durch Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ist auf diejenigen erwachsenen Menschen mit Behinderung auszurichten, die wegen der Schwere ihrer Behinderung oder der Komplexität ihrer medizinischen Problematik nicht im Rahmen der vertragsärztlicher Versorgung behandelt werden können. Die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sollen mit den Ärzten, mit den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.“

Solche Zentren sind jedoch, um den überdurchschnittlich aufwändigen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, auf eine besondere Vergütung angewiesen. Deshalb wird in diesem Zusammenhang auch eine Modifikation des § 120 SGB V vorgeschlagen: § 120 Abs. 2 Satz 1 möge folgende Fassung erhalten:

„Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet...“

§ 120 Abs. 3 Satz 1 möge folgende Fassung erhalten:

„(3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der Psychiatrischen Institutsambulanzen, der Sozialpädiatrischen Zentren, der Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und sonstiger ermächtigter, ärztlich geleiteter Einrichtungen ist vor-zugsweise zu pauschalieren, sofern dem nicht wichtige Gründe entgegenstehen...“

Anlage

Die hier als Anlage beigefügten Stellungnahmen der fünf Fachverbände für Behindertenhilfe – Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BeB), Bundesvereinigung Lebenshilfe, Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderter Menschen (bvkm), Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) und Verband für anthropische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit – (Mitgliedsverbände der DVfR) stellen einige der hier angesprochenen Argumente ausführlicher dar:

1. Brief vom 15. April 2011 an den Bundesminister für Gesundheit
2. Konzept der gemeindenahen Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung
(mit Anlagen zu Kennzahlen für Zielgruppen und zur Ausgestaltung der Medizinischem Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen)

Bundesministerium für Gesundheit
Bundesgesundheitsminister
Herrn Dr. Philipp Rösler
Mohrenstraße 62
10117 Berlin

Berlin, 15.4.2011

Sehr geehrter Herr Bundesminister, Dr. Rösler,

aktuell beraten Sie gesetzliche Regelungen zur Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen. Daher möchten wir als Fachverbände für Menschen mit Behinderung Ihnen hiermit einen Vorschlag für eine Versorgungsstruktur für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung überreichen, der auf der Grundlage der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen formuliert ist. In der Ausgestaltung ähnelt er den Konzepten, die für Menschen mit seltenen Erkrankungen vorgesehen sind – auch bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung bestehen besondere spezifische und komplexe Bedarfe, die im gemeindenahen Regelsystem nicht ausreichend abgedeckt werden können und einer spezialisierten Versorgungsebene bedürfen.

Wie allgemein im gestuften System üblich, gilt dies nicht für die Regelversorgung aller Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die gemeindenah von Haus- und Fachärzten erbracht werden soll und kann. Hierfür ist es wesentlich, dass sich das Regelsystem – bezogen auf die Besonderheiten bei Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung – angemessen qualifiziert und der besondere zeitliche Aufwand honoriert wird.

Die besondere Bedeutung einer qualifizierten Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung verlangt danach, in diesem Bereich weiterführende Konzepte zu verfolgen – nicht zuletzt, weil die von Deutschland ratifizierte UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen dazu verpflichtet.



**Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**

Karlstraße 40
79104 Freiburg
Telefon 0761 200-301
Telefax 0761 200-666
cbp@caritas.de



**Bundesvereinigung
Lebenshilfe für Menschen
mit geistiger Behinderung**

Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-204
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



**Verband
für anthroposophische
Heilpädagogik, Sozialtherapie
und soziale Arbeit e.V.**

Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 06035 81-190
Telefax 06035 81-217
info@verband-anthro.de



**Bundesverband evangelische
Behindertenhilfe e.V.**

Altensteinstraße 51
14195 Berlin
Telefon 030 83001-270
Telefax 030 83001-275
info@beb-ev.de

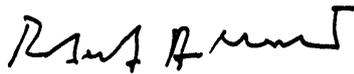


**Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen e.V.**

Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Telefax 0211 64004-20
info@bvkm.de

Gerne stehen wir für ein vertiefendes Gespräch über die Anforderungen an eine gemeindenahere gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Robert Antretter
Vorsitzender der Bundesvereinigung Lebenshilfe
für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.



Dr. Elisabeth Kludas
1. Vorsitzende des Verbandes Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.



Michael Dackweiler
Mitglied im Vorstand des Verbandes für
anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie
und soziale Arbeit e.V.



Helga Kiel
Vorsitzende des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte
Menschen e.V.



Michael Conty
Vorsitzender des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e. V.

Gemeindenaher Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung

Vorbemerkung

Gesundheit ist für jeden Menschen ein wesentlicher Aspekt erfüllten Lebens und eine grundlegende Voraussetzung für die umfassende Teilhabe und Inklusion. Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind Teil unserer Gesellschaft. Sie haben vielfältige Fähigkeiten und Begabungen, aber auch besondere Bedürfnisse.

In erhöhtem Maße leiden sie unter Krankheiten, die nicht selten besondere Ausprägungen haben. Zudem benötigen sie zum Teil Leistungen aus dem Gesundheitssystem, die die Einschränkungen der Teilhabe vermindern können. Damit sind gerade sie auf eine umfassende, die Lebenswelt einschließende gesundheitliche Sorge angewiesen.

Die gesundheitliche Versorgung von erwachsenen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung weist jedoch in Deutschland viele Mängel auf und erfüllt nicht die in der Konvention der Vereinten Nationen festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung.

Hier angesprochen sind erwachsene Menschen mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung. Basierend auf den Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BaGüS) handelt es sich um etwa 347.000 Personen, von denen bis zu 150.000 kurz- oder langfristig spezifische gesundheitliche Bedarfe aufweisen (zur Herleitung vgl. **Anlage 1**). Nicht berücksichtigt sind Menschen mit einer seelischen Behinderung, da diese differente Probleme aufweisen und mit der sozialpsychiatrischen Versorgung bereits ein Strukturmodell existiert.

Das hier vorgelegte Papier stellt einen Versuch dar, auf der Grundlage geltender Gesetze die Angebote strukturiert darzustellen, die Menschen mit Behinderung zur Verfügung stehen sollten.

Grundlagen

Das in Deutschland geltende Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention - BRK) formuliert in **Art. 25** Standards für die gesundheitliche Versorgung: Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Zu einer umfassenden teilhabeorientierten Gesundheitsversorgung in diesem Sinne gehören auch Gesundheitsdienste, die von behinderten Menschen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, um Folgeerkrankungen und weitere Behinderungen zu vermeiden.

Zusätzlich fordert **Art 26** gesundheitsbezogene Maßnahmen, die behinderte Menschen in die Lage versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollen umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, im frühestmöglichen Stadium beginnen, auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen und behinderten Menschen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen.

Während das SGB IX die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen umfassend zum Thema macht, werden im SGB V die besonderen Bedarfe behinderter Menschen nur allgemein in **§ 2a SGB V** (Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen) angesprochen: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“.

Problemlagen

In der Analyse der Gesundheitsversorgung für erwachsene Menschen mit Behinderungen in Deutschland zeigen sich insbesondere folgende Probleme:

- Mangelnde Kenntnisse der Krankheitsbilder, -verläufe und –symptome, die sich bei Menschen mit geistigen oder mehrfachen Behinderungen finden, sowie ihrer Behandlungsmöglichkeiten, und zwar bei Ärztinnen und Ärzten und sonstigen Angehörigen der Gesundheitsberufe
- Das Fehlen spezialisierter Gesundheitsdienste für spezifische und komplexe Bedarfslagen (vergleichbar mit seltenen Erkrankungen)
- Ambulante und stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens sind auf die besonderen Bedarfe nicht ausreichend vorbereitet und eingerichtet (Erhöhter Zeitbedarf, persönliche Assistenzen, verständnisvoller Umgang etc.)
- Unzureichende Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen
- Unzureichende Versorgung mit Hilfs-, Heil- und Arzneimitteln
- Unzureichende und unabgestimmte Beratung sowie mangelnde Berücksichtigung medizinischer Möglichkeiten zur Förderung der Teilhabe
- Schwierigkeiten in der Kommunikation mit dem Menschen mit geistiger Behinderung und seinen Begleitpersonen

Dies führt insgesamt zu einer unzureichenden Versorgung von erwachsenen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Im Gegensatz dazu ist die Versorgung im Kindes- und Jugendalter über Kinderärztinnen und -ärzte, Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren sowie durch besondere Regeln zur Verordnung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen besser gewährleistet.

Leistungsrechtliche Schnittstellen

Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) stellt nur einen Teil der benötigten gesundheitlichen Unterstützung bereit. Andere Sozialleistungsträger, die auf der Basis anderer Sozialgesetzbücher agieren, sind ebenfalls an der gesundheitsbezogenen Versorgung beteiligt, wodurch leistungsrechtliche Schnittstellen entstehen.

Eine Besonderheit bei der Erbringung von Sozialleistungen ist das sog. *gegliederte Sozialleistungssystem*. Typische Lebensrisiken (Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Unfall, Arbeitslosigkeit u. a.) werden durch eine *Sozialversicherung* abgesichert. Mittels Beitragsleistungen erwerben die Versicherten individuelle Ansprüche auf eine Gegenleistung bei Eintritt des Versicherungsfalls. Daneben gibt es als Ausprägung des Sozialstaatsprinzips eine Fürsorgeleistung in Form der *Sozialhilfe* und der Grundsicherung für Arbeitsuchende, die nur zum Tragen kommt, wenn das primäre soziale Netz einen Fall nicht auffängt.

Erleidet ein Mensch eine gesundheitliche Beeinträchtigung, ist somit in jedem Einzelfall zu prüfen, ob und ggf. welcher Leistungsträger zuständig ist. Bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die zumeist gesetzlich krankenversichert und gleichzeitig auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, führt das gegliederte Sozialleistungssystem in weit überdurchschnittlichem Maße zu Zuständigkeitsstreitigkeiten und Schnittstellenproblemen.

Besondere Abgrenzungsprobleme bereiten die auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ausgerichteten Eingliederungshilfeleistungen für behinderte Menschen und die Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Häufig beinhaltet eine Leistung beide Aspekte. Beispiele hierfür sind die Versorgung mit Hilfsmitteln oder aktivierende Pflegeleistungen.

Hilfsmittel können Bestandteil der Krankenbehandlung, der Pflege, der medizinischen Rehabilitation sowie der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sein. Hilfsmittel in der Leistungspflicht der Krankenkasse können nach § 33 Abs. 1 SGB V entweder dazu dienen, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder einer Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dies hat z. B. folgende Konsequenz: Die gesetzliche Krankenkasse muss nur Grundbedürfnisse des täglichen Lebens ausgleichen. Da erwachsenen Versicherten ein Grundbedürfnis am Radfahren abgesprochen wird, verneint die Rechtsprechung eine Versorgungspflicht der Krankenkassen mit Therapiefahrrädern. Auch bei elektronischen Kommunikationshilfen ist die Zuständigkeit häufig umstritten. Diese unklare Zuständigkeit führt immer wieder zu verzögerter oder ausbleibender Versorgung trotz unstrittig bestehender Bedarfe.

Die beteiligten Sozialleistungsträger sind aufgerufen, zum Wohl des behinderten Menschen zusammenzuwirken. Rechts- und Verwaltungsvorschriften behindern bislang Lösungen, die den Bedürfnissen der betroffenen Menschen und der Praxis gerecht werden, woran auch das In-Kraft-Treten des SGB IX vor zehn Jahren im Wesentlichen nichts geändert hat.

Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung umfasst mehr als Leistungen im Rahmen der kurativen Versorgung des SGB V und geht häufig über das Leistungsspektrum von Praxen und Krankenhäusern hinaus. Angebote müssen verfügbar und erreichbar sein, auch wenn sie ggf. durch verschiedene Sozialleistungsträger finanziert werden.

Teilhabeorientierte Gesundheit: Lebenswelt mit Gesundheitsförderung und Teilhabeförderung

Für Menschen mit geistiger, insbesondere aber mehrfacher Behinderung sind Gesundheitsleistungen oft Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe, dazu gehören beispielweise Kommunikationssysteme oder Mobilitätshilfen. Bei den besonderen Krankheitsrisiken und bei Menschen mit mehrfacher Behinderung häufig eingeschränkter Kompensationsmöglichkeit bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist Gesundheitsförderung von hoher Bedeutung. Dazu zählen beispielsweise Bewegungsangebote, gesunde Ernährung aber auch die Prävention spezifischer Risiken wie einer frühzeitigen Osteoporoseentwicklung bei eingeschränkter Mobilität oder unter der Einnahme von Antiepileptika.

Eine besondere Herausforderung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung stellt die häufig notwendige Abstimmung der Maßnahmen mit verschiedenen Personen dar. Einerseits geben rechtliche Vertreter stellvertretend die Einwilligung in medizinische Maßnahmen (gesetzliche Betreuer, oft Angehörige), betreuende Fachkräfte können andererseits Beobachtungen mitteilen, die zur Diagnosestellung führen. Sie benötigen in der Gestaltung des Alltags Informationen zu medizinischen Maßnahmen, z.B. das Anlegen von Schienen bei Menschen mit Lähmungen oder die Anfallsprophylaxe bei Menschen mit Epilepsie (Angehörige und Mitarbeitende in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe).

Eine gelingende teilhabeorientierte Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen setzt differenzierte und gestufte Versorgungsangebote voraus. Dazu gehört insbesondere:

- Jeder Mensch mit Behinderung soll im allgemeinen Gesundheitssystem mit hausärztlicher und fachärztlicher ambulanter sowie stationärer Versorgung eine

angemessene Behandlung erfahren. Das bedeutet, dass auch die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden.

- Für jeden Menschen mit Behinderung müssen auch spezialisierte Dienste bei Bedarf verfügbar und erreichbar sein.
- Die Versorgung muss so gestaltet sein, dass die Möglichkeiten des Einzelnen zur Teilhabe und Inklusion gefördert werden.

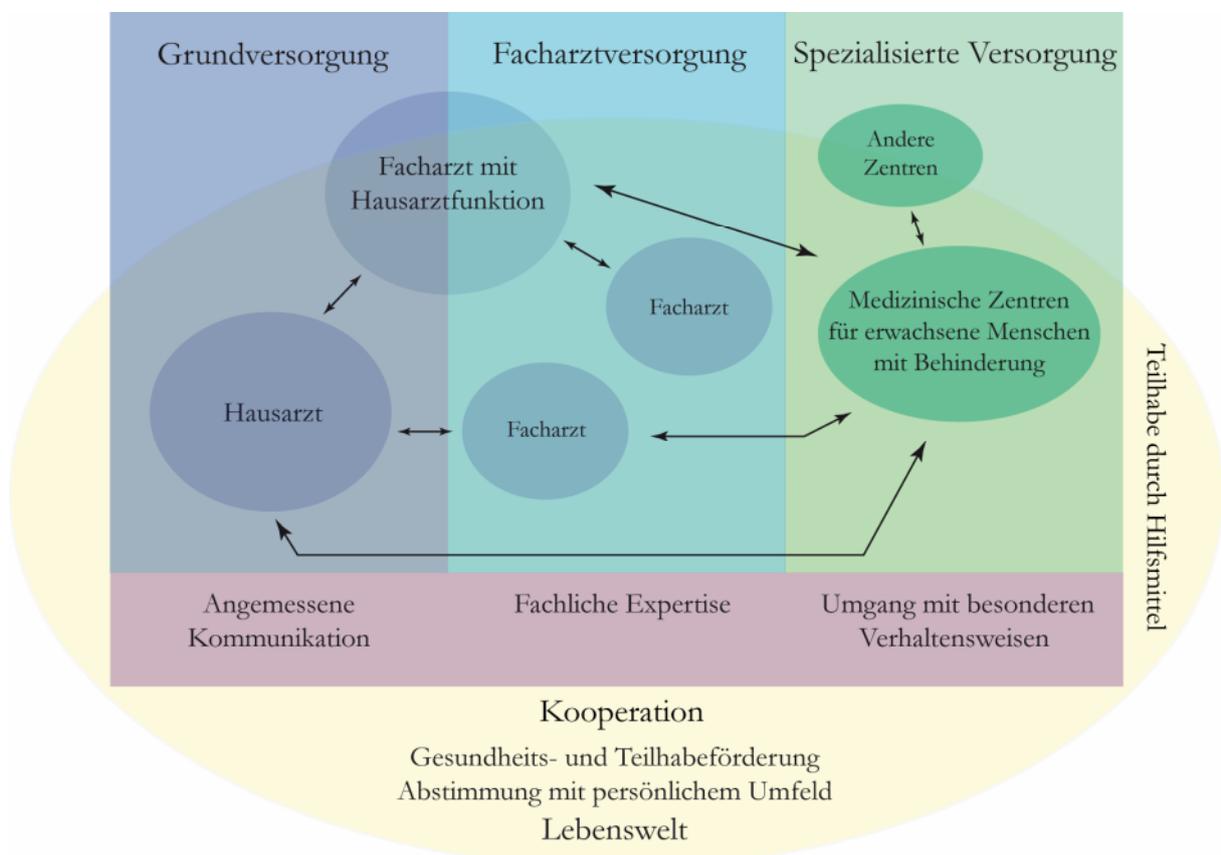
Es wird vorgeschlagen, die teilhabeorientierte Gesundheitsversorgung analog der vorhandenen Strukturen im Gesundheitswesen in Stufen zu organisieren.

Es werden folgende Stufen vorgeschlagen:

1. Grundversorgung
2. Facharztversorgung
3. Spezialisierte Versorgung

Modell für eine gestufte gesundheitliche Versorgung

Die Abbildung zeigt ein Modell der *gestuften* gesundheitlichen Versorgung, das die spezifischen Bedarfe von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung aufgreift.



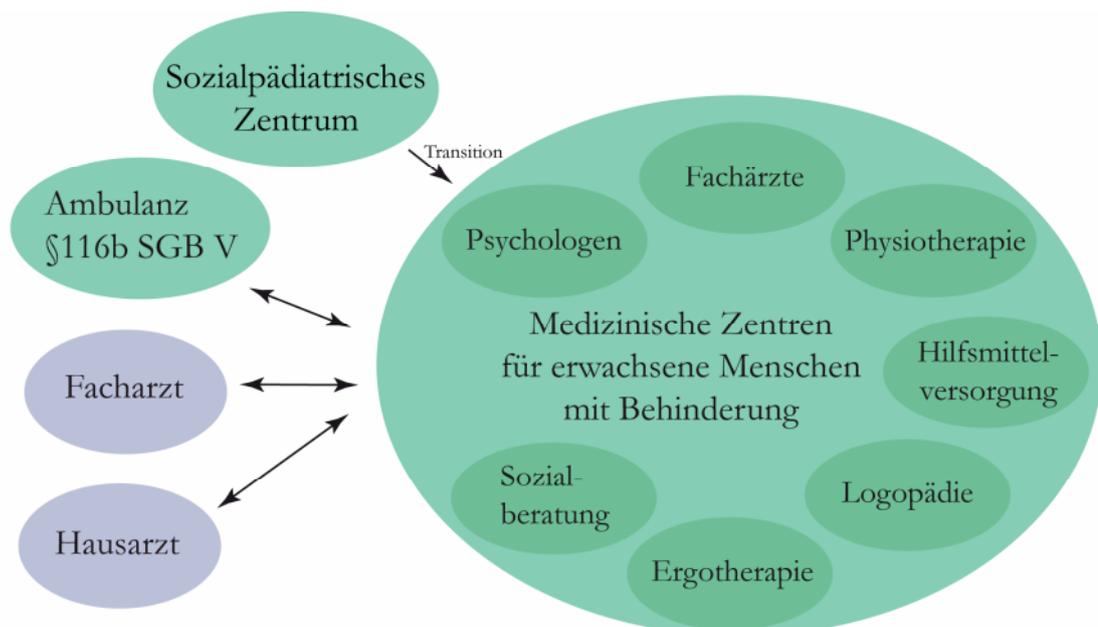
Grundsätzlich haben Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung einen Bedarf an hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung wie andere Menschen auch. Dabei können behinderungsbedingte Besonderheiten die Diagnosestellung und Behandlung erschweren. Hausärztliche und fachärztliche Versorgung sollen so ausgestaltet sein, dass regelhaft alle Menschen mit Behinderung diese Angebote nutzen können. Das setzt Veränderungen in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung voraus: fachliche Expertise, angemessene Kommunikation, Umgang mit Verhaltensbesonderheiten, Kooperation mit anderen Akteuren

der Gesundheitsversorgung, sowie eine Orientierung an Teilhabeförderung. Die dazu notwendigen Ressourcen (Fortbildung, Zeit, Personal, barrierefreie Räume etc.) sind zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus gibt es mit der Behinderung einhergehende spezielle Bedarfe, wie die Prävention und Behandlung von behinderungsbedingten Folge- und Begleiterkrankungen oder funktionellen Beeinträchtigungen. Auch entstehen bei Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen oft sehr komplexe Bedarfslagen z. B. bei mehreren gleichzeitig bestehenden Gesundheitsproblemen und Beeinträchtigungen. Nicht zuletzt bedarf die sozialmedizinische und sozialrechtliche Beurteilung von Leistungsansprüchen aus den verschiedenen Gesetzen besonderer Kenntnisse und Erfahrung.

Für diese speziellen Bedarfe ist als Ergänzung zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung ein weiterführendes spezialisiertes Versorgungsangebot als eigene Versorgungsebene erforderlich.

Für behinderte Kinder stehen bei ähnlich komplexer Bedarfslage Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) bundesweit flächendeckend zur Verfügung. Auch bei erwachsenen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind für eine spezialisierte medizinische und psychologische/psychotherapeutische Versorgung und für die Koordination und Abstimmung medizinischer Maßnahmen unter Berücksichtigung der Förderung der Teilhabe regelhaft Leistungen im multiprofessionellen Team und in Kooperation mit verschiedenen Leistungserbringern in einem speziellen Setting analog den SPZ erforderlich. Zu den zu leistenden Aufgaben gehören auch eine teilhabeorientierte Beratung, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie Entwicklungsdiagnostik und Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Diese Bedarfe können punktuell auftreten, aber auch als kontinuierliche Betreuung bei komplexen Bedarfen und fortschreitenden Beeinträchtigungen ausgestaltet sein. Ein solches Versorgungsangebot fehlt zur Zeit.



Deshalb bedarf es auf der Ebene der spezialisierten Versorgung der Einführung von regional zuständigen Spezialambulanzen, die in ihrer Ausrichtung am ehesten mit sozialpädiatrischen Zentren vergleichbar sind. Die Konstruktion, ärztliche Dienste von Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V zu öffnen, ist keine ausreichende Option einer bundesweiten, regional erreichbaren Versorgung für die Zukunft, da diese Dienste nur vereinzelt anzutreffen sind und ihre Refinanzierung nicht sichergestellt ist.

Schwerpunkte der Arbeit für solche spezialisierten Einrichtungen, in unterschiedlicher Kombination auch nebeneinander in einem Zentrum könnten sein (vgl. die ausführliche Darstellung in der **Anlage 2**):

- Neuromuskuläre Störungen
- Neurologische Erkrankungen, insbesondere Epilepsie
- Geistige Behinderung und psychische Erkrankung
- Sinnesbehinderung / Mehrfachbehinderung
- Schwerste Mehrfachbehinderung mit intensivem medizinischem Behandlungsbedarf

Die beschriebenen Anforderungen können nicht auf jeder Versorgungsebene umfassend oder gar vollständig erfüllt werden. Dies ist auch für die Mehrzahl der Behandlungsfälle nicht erforderlich. Deshalb kann die weitgehende Erfüllung dieser Anforderungen nur auf einer spezialisierten Versorgungsebene gewährleistet werden. Die medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung, wie sie auch der Ärztetag 2010 gefordert hat, wirken dabei mit den vorgelagerten Versorgungsebenen zusammen, so dass eine wirtschaftliche und zweckmäßige Gesundheitsversorgung gewährleistet ist, die zugleich die Anforderungen der BRK erfüllt.

Anlage 1**Ermittlung der Zielgruppenszahl behinderter Menschen mit besonderen Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung im Gemeinwesen****Quellen:**

Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2009,
BAGüS/con_sens, 2010

Aktuelle Statistik der BAG WfbM (www.bagwfbm.de/page/24)

Gesamtzahl 2009	ohne PsychB	
stat. Wohnbetreuung 18 - 65 Jahre	196.000	145.600
amb. Wohnbetreuung	119.000	34.400
Hilfe z. Pflege in stationären Einrichtungen	37.600	37.600
WfbM	285.000	235.100
Tagesförderstätten/Fördergruppen ohne WfbM-Status	24.000	24.000
Gesamt		476.700

Bereinigung:

50,1 % der 259.100 Leistungsberechtigten in der Tages- und Beschäftigungsstruktur nehmen keine ambulante oder stationäre Wohnbetreuung zu Lasten der Sozialhilfe in Anspruch

	129.800
Leistungsberechtigte in ambulanter und stationärer Wohnbetreuung	180.000
Leistungsberechtigte in stationären Einrichtungen der Hilfe zur Pflege	37.600
Zielgruppe behinderter Menschen mit besonderen Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung im Gemeinwesen bis zu	347.400

Aus der Gesamtgruppe behinderter Menschen, bei denen besondere Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung angenommen werden können, ist anhand qualitativer Kriterien die Gruppe zu identifizieren, die dauernd oder zeitweise besondere Anforderungen an eine gesundheitliche Versorgung stellt.

Aufgrund der fehlenden statistischen qualitativen Merkmale zur Erfassung des besonderen gesundheitsbezogenen Bedarfs des Personenkreises sind Erfahrungswerte zugrunde zu legen. Der AK Gesundheitspolitik der Fachverbände geht davon aus, dass bis zu 50 % der Zielgruppe einen dauerhaften oder zeitweisen spezifischen medizinischen Versorgungsbedarf haben.

Anlage 2

Ausgestaltung der medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung

(1) Neuromuskuläre Störungen

- orthopädische/ rehabilitationsmedizinische und therapeutische Kompetenz
 - Mobilität/ Hilfsmittelversorgung
 - Schluckstörungen
 - Kommunikation/Steuerung
 - Perioperative Versorgung
 - Spezielle Therapieverfahren/ Botulinum, Gipsbehandlungen etc.)
- begleitendes internistisches/ allgemeinmedizinisches Spezialwissen (Folgeerkrankungen, Sekundärbeeinträchtigungen)
- Entwicklungsbeurteilung und neuropsychologische Diagnostik

(2) Neurologische Erkrankungen, insbesondere Epilepsie

- Neurologische/ Epileptologische Kompetenz
- Seltene, genetische, neurodegenerative Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen incl. diagnostischer Kompetenz
- Cerebralparesen
- Demenzen
- Begleitendes internistisches/ allgemeinmedizinisches Spezialwissen
- Entwicklungsbeurteilung und neuropsychologische Diagnostik

(3) Geistige Behinderung und psychische Erkrankung

- Psychiatrische und Psychologische Kompetenz
- Psychologische Beratung der Bezugspersonen/ des Lebensumfeldes
- Psychotherapeutische Angebote
- Pädagogische Angebote
- Ärztliche Kompetenz für somatische Erkrankungen
- Entwicklungsbeurteilung und neuropsychologische Diagnostik

(4) Sinnesbehinderung / Mehrfachbehinderung

- Spezifische Diagnostik insbesondere zu Sehen und Hören
- Spezifische Beratung und Anpassung zur Hilfsmittelversorgung
- Beratung, Therapie und Hilfsmittelversorgung zur Kommunikation
- Kompetenz für begleitende psychische Erkrankungen
- Ärztliche Kompetenz für somatische Erkrankungen
- Entwicklungsbeurteilung und neuropsychologische Diagnostik

(5) Schwerste Mehrfachbehinderung mit intensivem med. Behandlungsbedarf

- Internistische/ Allgemeinmedizinische Kompetenz
- Palliativmedizin
- Umgang mit Multimorbidität
- Schmerztherapie
- Beatmungsmedizin
- Umgang mit schwerer Ernährungsstörung
- Entwicklungsbeurteilung

Alle medizinischen Zentren bieten neben der medizinischen Behandlung umfassende Beratungsleistungen und sozialmedizinische Leistungen an. Leistungsbestandteile sind:

- Information und Beratung über Krankheiten, Behinderungen, ihren Verlauf, ihre Prognose und die Möglichkeiten der Beeinflussung der Beeinträchtigung der Teilhabe mit medizinischen, psychologischen, pädagogischen und technischen Hilfen

- Spezialisierte kurative Leistungen im jeweiligen Schwerpunktgebiet sowie fachübergreifende Basisleistungen
- Multidisziplinäre und ganzheitliche auch medizinische Bestandsaufnahme zur Planung von Teilhabeleistungen (Assessment) einschl. der gesundheitsbezogenen Anteile des Teilhabeplans
- Leistungen zur Leistungerschließung
- Information, Beratung und Schulung von Bezugspersonen bzw. Assistenzteams
- Notwendige Assistenzleistungen im Zusammenhang mit medizinisch therapeutischen Maßnahmen
- Koordination und Unterstützung bei den verschiedenen Maßnahmen
- Angebot mobiler Leistungen im Lebensumfeld bei besonderen Problemlagen
- Förderung der regionalen Vernetzung
- Unterstützung der kooperierenden Ärzte, Therapeuten etc., bei spezialisierten Fragestellungen
- Unterstützung bei der Planung und Durchführung von stationären Behandlungen einschließlich der jeweiligen Nachsorge
- Unterstützung der Beschäftigungsfähigkeit im Arbeitsleben einschl. Werkstatt und Tagesstruktur.
- Beratung und Anleitung bzgl. der rehabilitativ orientierten Pflege
- Beratung und Versorgung mit speziellen Hilfsmitteln
- Beratung und Versorgung mit speziellen Heilmitteln
- Kooperation mit der Selbsthilfe und Sicherstellung bedarfsgerechten Peer-Counseling

Sie orientieren sich am Konzept einer teilhabeorientierten Medizin sowie an der Konzeption der SPZ, soweit diese übertragbar ist. Besonders wichtig ist die transdisziplinäre Teamorientierung, eine spezifische Qualifikation (anerkannte Curricula) und die auf Kooperation mit allen Beteiligten ausgerichtete Arbeitsweise.

Allgemein lassen sie sich für die teilhabeorientierte Gesundheitssorge von Menschen mit Behinderungen von folgenden Prinzipien leiten:

1. Fachliche Expertise und Erfahrungen im Hinblick auf Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Sozialmedizin, Prävention speziell für Menschen mit Behinderung
2. Berücksichtigung der Lebenswelt und des jeweiligen sozialen Settings, ggf. unmittelbare Einbeziehung der sozialen Kontextfaktoren in medizinische Entscheidungen und Maßnahmen
3. Sicherstellung einer effektiven Kommunikation (und Beziehungsaufnahme) mit dem Betroffenen und ggf. seinen Bezugspersonen durch Zuwendung, Achtung, Aufmerksamkeit und Wahl einer geeigneten Kommunikationsstrategie (einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfsmittel, Assistenz etc.)
4. Fähigkeit und angemessenes Setting zum adäquaten Umgang mit auffälligem Verhalten, Verweigerungen und unzureichender Möglichkeiten zur Kooperation
5. Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation mit Bezugspersonen, Pflegekräften, Therapeuten und ärztlichen Diensten (Berücksichtigung der jeweiligen institutionellen Settings einschl. interdisziplinärer Teamarbeit und Networkmanagement).
6. Orientierung aller Maßnahmen daran, dass sie nach Möglichkeit dazu beitragen, die Fähigkeiten des Betroffenen zur Teilhabe zu fördern. Darüber hinaus sind auch solche Maßnahmen und Leistungen anzubieten oder diese zu vermitteln, die speziell der Teilhabeförderung dienen.
7. Berücksichtigung der spezifischen psychosozialen und ggf. psychosomatischen Problemlagen behinderter Menschen im jeweiligen Lebenskontext.

Eine zentrale Aufgabe der medizinischen Zentren ist es, die optimale Nutzung vorhandener Angebote, auch der vorhandenen Spezialangebote (z.B. Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation, Kriseninterventionsteams, mobile Rehabilitation u.a.) zu gewährleisten und damit eine bedarfsgerechte Versorgung im Sinne eines Case- und Care-Managements sicherzustellen oder zumindest zu unterstützen. Dieses Angebot sollte auch das Ziel einer effektiven und wirtschaftlichen Versorgung verfolgen, überflüssige oder gar schädliche Interventionen zu vermeiden und letztlich auch durch Förderung der Teilhabekompetenzen den Bedarf an fremder Hilfe so gering wie möglich zu halten. Insofern werden die Zielsetzungen der Eingliederungshilfe nachhaltig unterstützt bzw. es werden dafür die gesundheitlichen Voraussetzungen geschaffen.