



## Kurzprotokoll der 41. Sitzung

### **Ausschuss für Gesundheit**

Berlin, den 6. Mai 2015, 14:00 Uhr  
10557 Berlin Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus  
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### **Einzigster Tagesordnungspunkt**

**Seite 4**

Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink,  
Corinna Rüffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer  
Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE  
GRÜNEN

### **Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten**

**BT-Drucksache 18/3155**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

#### **Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Spahn, Jens Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Kippels, Dr. Georg Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Hellmich, Wolfgang Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**  
 Mittwoch, 6. Mai 2015, 14:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

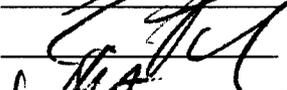
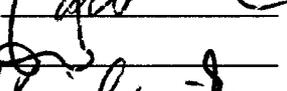
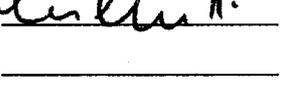
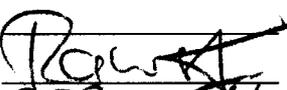
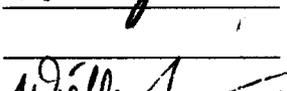
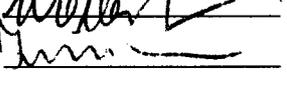
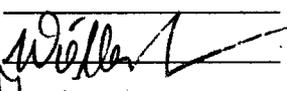
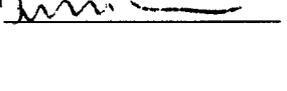
Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
<b>CDU/CSU</b>		<b>CDU/CSU</b>	
Bertram, Ute	_____	Albani, Stephan	_____
Henke, Rudolf	_____	Brehmer, Heike	_____
Hennrich, Michael	<i>[Handwritten signature]</i>	Dinges-Dierig, Alexandra	_____
Hüppe, Hubert	<i>[Handwritten signature]</i>	Eckenbach, Jutta	_____
Irlstorfer, Erich	_____	Kippels Dr., Georg	_____
Kühne Dr., Roy	_____	Lorenz, Wilfried	_____
Leikert Dr., Katja	_____	Manderla, Gisela	_____
Maag, Karin	_____	Nüßlein Dr., Georg	_____
Meier, Reiner	<i>[Handwritten signature]</i>	Pantel, Sylvia	_____
Michalk, Maria	<i>[Handwritten signature]</i>	Rupprecht, Albert	_____
Monstadt, Dietrich	_____	Schmidt (Ühlingen), Gabriele	_____
Riebsamen, Lothar	_____	Schwarzer, Christina	_____
Rüddel, Erwin	_____	Steineke, Sebastian	_____
Schmelzle, Heiko	<i>[Handwritten signature]</i>	Steiniger, Johannes	_____
Sorge, Tino	<i>[Handwritten signature]</i>	Stracke, Stephan	_____
Spahn, Jens	_____	Timmermann-Fechter, Astrid	_____
Stritzl, Thomas	_____	Wiese (Ehingen), Heinz	_____
Zeulner, Emmi	<i>[Handwritten signature]</i>	Zimmer Dr., Matthias	_____
<i>[Handwritten signature]</i>			

**Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)**

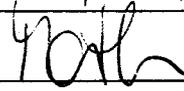
Mittwoch, 6. Mai 2015, 14:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
<b>SPD</b>		<b>SPD</b>	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	_____
Blienert, Burkhard		Bas, Bärbel	_____
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	_____
Franke Dr., Edgar		Hellmich, Wolfgang	_____
Heidenblut, Dirk		Henn, Heidtrud	_____
Kermer, Marina		Hinz (Essen), Petra	_____
Kühn-Mengel, Helga		Katzmarek, Gabriele	_____
Mattheis, Hilde	_____	Lauterbach Dr., Karl	_____
Müller, Bettina		Tack, Kerstin	_____
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	_____
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	_____
<b>DIE LINKE.</b>		<b>DIE LINKE.</b>	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	_____
Weinberg, Harald	_____	Lutze, Thomas	_____
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	_____
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	_____
<b>BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</b>		<b>BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</b>	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	_____
Scharfenberg, Elisabeth	_____	Pothmer, Brigitte	
Schulz-Asche, Kordula	_____	Rüffer, Corinna	_____
Terpe Dr., Harald	_____	Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	_____

## Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts- bezeichnung
Baden-Württemberg	_____	_____	_____
Bayern	_____	_____	_____
Berlin	_____	_____	_____
Brandenburg	_____	_____	_____
Bremen	_____	_____	_____
Hamburg	_____	_____	_____
Hessen	_____	_____	_____
Mecklenburg-Vorpommern	_____	_____	_____
Niedersachsen	_____	_____	_____
Nordrhein-Westfalen	_____	_____	_____
Rheinland-Pfalz	_____	_____	_____
Saarland	_____	_____	_____
Sachsen	_____	_____	_____
Sachsen-Anhalt	Richter		Prang.e
Schleswig-Holstein	MARTENS		RWD'in
Thüringen	_____	_____	_____





off.

**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 6. Mai 2015, 14:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

**Fraktionsmitarbeiter**

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Stephan Wilke	CDU/CSU	
Tina Epp	CDU/CSU	
Karin Stosch	LINKE	
A. Schanze	- - -	
A. Nimbs	SPD	
R. Pfeiffer	"	
Dr. Barbara Mehl	Grüne/B.90	
Katja Klapp	CDU/CSU	

## Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu dem

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung  
menschenrechtskonform gestalten**  
BT-Drucksache 18/3155

am **Mittwoch, dem 6. Mai 2015**,  
in der Zeit von **14:00 Uhr bis 15:00 Uhr**,  
im Anhörungssaal 3 101, Marie-Elisabeth-Lüders-Haus (MELH)  
Eingang: Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

## Verbände

Bundesarbeitsgemeinschaft der  
PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)

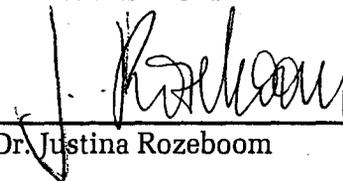
---

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG  
SELBSTHILFE)



Dr. Siiri Doka

Bundesärztekammer (BÄK)



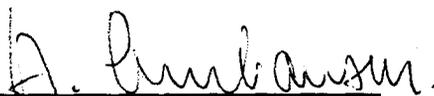
Dr. Justina Rozeboom

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



Prof. Dr. Rainer Richter

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.



Annika Zumbansen

Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)

KEINE TEILNAHME

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)



Peer Köpf

Deutsche Rentenversicherung Bund

KEINE TEILNAHME

Deutscher Caritasverband e. V.



Dr. Elisabeth Fix

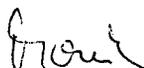
Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

KEINE TEILNAHME

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

KEINE TEILNAHME

GKV-Spitzenverband



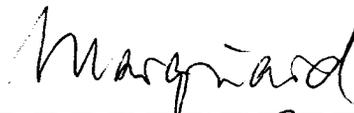
Dr. Monika Kücking

GKV-Spitzenverband



Michael Weller

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in  
Deutschland e. V. (ISL)



Martin Marquard

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes  
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)



Dr. Peter Pick

Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)



Dr. Ilona Köster-Steinebach



Beginn: 14:01 Uhr

### **Einzigiger Tagesordnungspunkt**

Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### **Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten**

#### **BT-Drucksache 18/3155**

#### **Versorgung von Menschen mit Behinderungen**

Der **Vorsitzende, Dr. Edgar Franke** (SPD): Ich darf Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am heutigen Nachmittag begrüßen. Zu meiner Linken begrüße ich Frau Parlamentarische Staatssekretärin Fischbach und die Vertreter der Bundesregierung. Ich begrüße auch Sie, sehr verehrte Sachverständige und die Vertreter der Medien und nicht zuletzt Sie, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer. In der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit einem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten“ auf BT-Drucksache 18/3155. Ich möchte wie immer einige Erläuterungen zum Verfahren machen. Die Anhörungsdauer beträgt 60 Minuten. Die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd stellen, d. h. es beginnt in der ersten Runde die CDU/CSU, dann kommt die SPD, dann noch einmal die CDU/CSU und anschließend folgt die Fraktion DIE LINKE. Beendet wird die erste Fragerunde durch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. In der zweiten Runde beginnt die CDU/CSU gefolgt von der SPD, dann kommen wiederum die CDU/CSU und noch einmal die SPD. Auch diese Runde wird mit Fragen der Fraktion DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beendet. Runde eins und zwei erfolgen jeweils im Wechsel. Jeder oder jede Fragende stellt eine Frage an einen Sachverständigen. Ich darf Sie bitten, Ihre Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten, damit möglichst viele Fragende und Sachverständige zu Wort kommen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen die Mikrofone zu benutzen und sich mit Ihrem Namen vorzustellen. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen. Sie ist auch im Lifestream im Internet abrufbar. Das

Wortprotokoll wird auf der Ausschussseite im Internet veröffentlicht. Schließlich darf ich Sie noch bitten die Mobiltelefone auszuschalten.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Im Versorgungsstärkungsgesetz ist beabsichtigt, für die medizinische Behandlung von Menschen mit Behinderung, von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder von Menschen mit Mehrfachbehinderungen, in Anlehnung an die sozialpädiatrischen Zentren, eine Einrichtung auch für Erwachsene zu schaffen. Können Sie uns eine Einschätzung hinsichtlich der Versorgung der betroffenen Patientengruppen geben? Wie schätzen Sie die Versorgung nach Einrichtung dieser Zentren in Deutschland ein?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Wir unterstützen die Zielsetzung des Gesetzentwurfs und damit auch die Zielsetzung des vorliegenden Antrags solche Einrichtungen zu etablieren. Ich weise darauf hin, dass die Versorgung von Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung auch Teil des Sicherstellungsauftrages der kassenärztlichen Vereinigung ist und damit durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sichergestellt wird. Aber nichtsdestotrotz wird es in der Praxis häufig so sein, dass ein Vertragsarzt die große Herausforderung nicht annehmen kann, weil Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nicht in den normalen Praxisalltag und in das Umfeld integriert werden können. Persönliche Erfahrung und Qualifikation spielen eine Rolle, aber auch die personellen und technischen Anforderungen sind hoch. Vor diesem Hintergrund halten wir die Etablierung medizinischen Behandlungszentren analog den sozialpädiatrischen Zentren für richtig. Es sollte bei der Implementierung dieser Zentren dafür Sorge getragen werden, dass eine enge Kooperation mit den Vertragsärztinnen und -ärzten, aber auch mit anderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe und gegebenenfalls mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sichergestellt wird.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. Für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung ist es problematisch, dass die Übernahme von Behandlungspflege als Leistung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2



SGB V in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe von den Krankenkassen häufig pauschal abgelehnt oder auf den Träger der Eingliederungshilfe verwiesen wird. Bitte schildern Sie den Unterschied zwischen Grundpflege und medizinischer Behandlungspflege und geben Sie uns einen Rat, was gegebenenfalls gesetzlich zu regeln wäre?

**Sve Annika Zumbansen** (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.): Der Unterschied zwischen Grund- und Behandlungspflege liegt darin, dass die Grundpflege darauf abzielt, Hilfe bei Alltagsverrichtungen, also bei der Nahrungsaufnahme und Körperpflege, beim Gang zur Toilette und anderen grundlegenden Bedürfnissen zu leisten. Bei der Behandlungspflege werden Pflegeleistungen erbracht, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder zu verkürzen oder um eine ärztliche Behandlung zu unterstützen. Letzteres ist also eine Krankenbehandlung und keine Hilfe bei der Verrichtung von Alltagserfordernissen. Dazu ist ein besonderes Fachwissen erforderlich, weil z. B. Katheter oder auch PEG-Sonden (perkutane endoskopische Gastrostomie) und auch Spritzen und Medikamente verabreicht werden müssen. Es ist deshalb möglich, dass ein Mensch mit Behinderung eine Pflegestufe hat, durch die die Grundpflege abgedeckt ist, darüber hinaus aber besondere Erfordernisse bestehen, weil der oder die Betroffene erkrankt ist und dadurch ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht. Hier sind besondere Qualifikationen vonnöten und genau da liegt das Problem. Diese Erfordernisse sind durch die Pflegeleistungen in der Grundpflege nicht abgedeckt. Im Moment wird die Behandlungspflege häufig pauschal, mit der Begründung abgelehnt, dass Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe lebten, bereits eine Pflegestufe hätten und weil dort auch entsprechendes Personal vorhanden sei, kein Bedarf bestehe. Es wird darauf verwiesen, dass die Einrichtung der Behindertenhilfe kein geeigneter Ort im Sinne des § 37 SGB V sei. Wir halten es für wichtig, in §37 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V klarzustellen, dass Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe geeignete Orte sind, indem man sie in die Liste aufnimmt.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Kann die Barrierefreiheit gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie als Kriterium bei der Auswahl von Praxisnachfolgern berücksichtigt werden? Wie stehen Sie dazu

und ist es sinnvoll, konkretere Zielvorgaben bei der vertragsärztlichen Bedarfsplanung festzulegen als dies die Bedarfsplanungsrichtlinie bislang schon vorsieht?

**Sve Dr. Justina Rozeboom** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich bin nicht die Vertreterin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die für die Belange der Vertragsärzte zuständig ist, aber ich will die Frage so gut es geht beantworten. Die Bedarfsplanungsrichtlinie sieht bereits heute vor, dass bei einem Besetzungsverfahren die Barrierearmut einer Praxis zu berücksichtigen ist. Das bedeutet, dass bei vergleichbaren Zulassungsanträgen immer diejenige Praxis bevorzugt werden würde, die nachweisen kann, dass sie barrierearm ausgestattet ist. Daher begrüßen wir genauso wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Betonung im Versorgungsstärkungsgesetz. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer haben sich auf einer gemeinsamen Veranstaltung sehr intensiv mit diesen Fragen beschäftigt und in einem Schreiben an den damaligen Gesundheitsminister angeregt zu prüfen, ob bei Bestandspraxen z. B. Investitionshilfen durch die Kreditanstalt für Wiederaufbau zur Verfügung gestellt werden könnten. Wir haben trotz mehrfacher Nachfrage bis heute keine Antwort darauf erhalten. Durch die Nachrüstung von Bestandspraxen und eine verstärkte Berücksichtigung bei der Bedarfsplanung sind hier auf jeden Fall Verbesserungen zu erzielen.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Marquard von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. Das Menschenrecht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit gilt allgemein. Könnten Sie bitte den hohen Stellenwert dieses Rechts für Menschen mit Behinderung kurz erläutern und in diesem Zusammenhang darauf eingehen, welche Bedeutung die im Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehenen Behandlungszentren unter dem Gesichtspunkt dieses universellen Rechts für Menschen mit Behinderung haben?

**SV Martin Marquard** (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)): Menschen mit Behinderung sind in der Regel, auch durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten oder Physiotherapie, in andauernder medizini-



scher Behandlung. Sie müssen also die Gesundheitsversorgung vergleichsweise stärker in Anspruch nehmen als andere. Zugleich werden sie aber durch zahlreiche Barrieren an der vollen Inanspruchnahme gehindert. Sie können also ihr Menschenrecht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit, das allgemein und uneingeschränkt gilt, häufig nur eingeschränkt genießen. Die Menschenrechte sind aber unveräußerlich und unteilbar, das bedeutet, dass jeder Mensch sie besitzt und niemand sie verlieren kann, denn sie sind an die Tatsache der menschlichen Existenz geknüpft und es gibt sie nicht teilweise oder nach Möglichkeit, sondern sie gelten absolut. Die menschenrechtliche Perspektive garantiert, dass Menschen mit Behinderung nicht mehr mit Teillösungen abgespeist werden können. Dies gilt es zu verstehen und in die Praxis umzusetzen. Ich glaube, wir sind uns alle einig, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten und Mehrfachbehinderungen außerordentlich defizitär ist. Für Kinder und Jugendliche gibt es die sozialpädiatrischen Zentren. Bevor man nach der Schaffung solcher Zentren auch für Erwachsene ruft, muss die Frage geklärt werden, warum die medizinische Regelversorgung bislang nicht in der Lage ist, für diesen Personenkreis adäquate Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Ich vermute, dass hier die menschenrechtliche Sichtweise auf Behinderung, d. h. der Teilhabegedanke, noch stark unterentwickelt ist. Diese Lücke muss geschlossen werden, inklusiv und innerhalb der Regelversorgung. An dieser Aufgabe kann sich erweisen, wie ernst die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention genommen wird. Neue Regelungen dürfen auf keinen Fall zur Schaffung von neuen Sondereinrichtungen für eine „schwierige Klientel“ führen. Menschen mit Behinderung dürfen nicht dorthin abgeschoben werden können. Die Bemühungen, das Regelversorgungssystem für alle Menschen barrierefrei zugänglich und nutzbar zu gestalten, dürfen durch die Schaffung dieser Zentren nicht nachlassen oder unterbleiben.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der Verbraucherzentrale zur Frage der Barrierefreiheit. Im Versorgungsstärkungsgesetz ist eine Regelung – sie wurde schon angesprochen – über die Bedarfsplanung vorgesehen. Halten Sie das für ausreichend, um in einem absehbaren Zeit- und

Zielhorizont tatsächlich Barrierefreiheit herzustellen?

Sve **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)): Tatsächlich halten wir die Regelung, wie sie jetzt im Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen ist, bei Weitem noch nicht für ausreichend, um barrierefreie Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung in der ambulanten Versorgung sicherzustellen. Derzeit haben wir in der Bedarfsplanungsrichtlinie eine Möglichkeit Barrierefreiheit zu berücksichtigen. Es handelt sich um eine Kann-Regelung, d. h. Barrierefreiheit kann in die Nachbesetzung von Arztsitzen einbezogen werden, sie muss aber nicht und steht deutlich hinter anderen Kriterien, wie z. B. der Wartezeit auf einen Arztsitz zurück. Wir wünschen uns, dass Praxisnachbesetzungen grundsätzlich unter dem Aspekt der Barrierefreiheit vorgenommen und Neuzulassungen und Praxisumbauten mit Auflagen im Hinblick auf Barrierefreiheit, zumindest bauliche Barrierefreiheit versehen werden. Ein wichtiges Anliegen ist uns die Schaffung von Transparenz. Ein Grundproblem ist die fehlende Transparenz über den Stand der Barrierefreiheit, da die Kassenärztlichen Vereinigungen die Barrierefreiheit nur im Rahmen einer Selbstauskunft der Praxen erheben. Hier wäre eine stärkere Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Erhebung des Ist-Standards, auch zur Erhebung des Ausbildungsstands u. ä. notwendig. Desgleichen fehlt ein verpflichtender Bericht über den aktuellen Stand, um sich ein Bild machen zu können, ob es eine entsprechende Versorgung gibt, ob potentielle Zentren der einzige Versorgungsweg sind und wie die regionale Erreichbarkeit ist.

Abg. **Uwe Schummer** (CDU/CSU): Gerade wenn man im Krankenhaus operiert wird, ist Sicherheit ein ganz wichtiges Gefühl. Sicherheit erwächst auch aus Vertrauen. Deshalb fordert der Ethikrat, dass es einem Menschen mit Behinderung bei einem Krankenhausaufenthalt generell möglich sein sollte, durch seine Assistenz begleitet zu werden. Ich halte das für eine Entlastung auch der Krankenhäuser. Deshalb meine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Lässt sich diese Assistenz in das Krankenhausunternehmen integrieren? Was könnten wir tun, um die Begleitung durch eine Assistenz in den Krankenhäusern sicherzustellen? Wie bewerten Sie das?



**SV Peer Köpf** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die DKG sieht die Begleitung durch eine Assistenz grundsätzlich positiv und es ist schon heute möglich, sich durch Assistenzpersonal, das nach dem sogenannten Arbeitgebermodell beschäftigt wird, ins Krankenhaus begleiten zu lassen. Es gibt eine Diskussion darüber, inwiefern man das erweitern kann. Die DKG steht dem allem grundsätzlich offen gegenüber. Es ist sicherlich so, dass dieses Assistenzpersonal auch eine Hilfe für das Krankenhauspersonal ist, weil es die Situation des Patienten mit Behinderung wesentlich besser kennt als der Arzt oder das Pflegepersonal. Grundsätzlich begrüßen wir eine Ausweitung der Regelung.

**Abg. Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Halten Sie die bestehenden Informationsportale über barrierefreie Angebote in der ambulanten ärztlichen Versorgung, wie z. B. den vdek-Arztlotsen, die Weiße Liste der Bertelsmann-Stiftung oder die Arzt-Navigatoren, die von der Techniker Krankenkasse, von der AOK und Barmer-GEK betrieben werden, für ausreichend? Wie können solche Angebote verstetigt und gegebenenfalls auch für alle Kassen verbindlich gemacht werden und welchen Maßnahmen planen Ihre Mitglieder, um die Betroffenen besser und vor allem auch verständlicher über das vorhandene Angebot zu informieren?

**SV Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Die Angebote sind in allen Kassenarten nahezu flächendeckend vorhanden. Die Angebote der Krankenkassen werden stetig weiterentwickelt und an den Bedarf oder die Bedürfnisse der Patienten angepasst. Die Arzt-Navigatoren-Systeme sind mit Sicherheit noch nicht am Ende ihrer Entwicklung. Für die betroffenen Patienten, die auf solche Portale zurückgreifen ist es wichtig zu wissen, ob eine Praxis rollstuhlgerecht und ob ein Fahrstuhl vorhanden ist. Das Problem ist die fehlende Transparenz. Den Krankenkassen liegen keine Daten darüber vor, wie die Arztpraxen ausgestattet, d. h. ob sie barrierefrei sind. Die Navigationssysteme der Krankenkassen sind durch Befragung der Betroffenen entstanden und bilden deren Einschätzung ab. Es handelt sich also um lernende Systeme. Die dort vorhandenen Daten sind teilweise noch nicht aussagekräftig. Dass eine Arztpraxis rollstuhlgerecht ist oder über einen Fahrstuhl verfügt, reicht nicht aus. Es gibt

weitere Fragestellungen, wie z. B. die Fähigkeit, sich in Gebärdensprache zu verständigen oder ob die Behandlungsstühle entsprechend der Behinderung verändert werden können. Hier gibt es Entwicklungsbedarf und -potential. Solange es keine konkrete Datenlage gibt, ist man auf die Befragung der Patienten über die Praxis angewiesen.

**Abg. Tino Sorge** (CDU/CSU): Mich würde seitens des GKV-Spitzenverbandes interessieren, wie er die Beschränkung der Leistungspflicht der GKV mit Hilfsmitteln im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, auch mit Blick auf die Abgrenzung und Zuständigkeit zu anderen Sozialversicherungs- oder Sozialleistungsträgern, sieht. Ist das nach Ihrer Auffassung ausreichend klargestellt? Welche Folgen hätte die Leistungszuständigkeit der GKV bei Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich, wie das der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorsieht?

**SVe Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Aufgabe der GKV ist die „medizinische Rehabilitation“. Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs bei der Hilfsmittelversorgung geht es grundsätzlich um einen vollständigen Ausgleich. Dafür ist die GKV ebenfalls zuständig. Beim mittelbaren Behinderungsausgleich ist es zum Teil anders, denn hier besteht nach geltender Rechtsprechung ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV nur dann, wenn mit dem Hilfsmittel auch Auswirkungen der Behinderung im gesamt-täglichen Leben beseitigt oder gemildert werden und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betroffen ist. Es geht hier um die Grenze zu anderen Leistungskosten- und Sozialleistungsträgern, die ergänzende Leistungen in diesem Umfeld anbieten. Unser Ziel ist es, Leistungen nach unseren Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen. Es kann aber nicht sein, dass wir für andere, die auch Zuständigkeiten in diesem Bereich haben, Leistungen mit übernehmen. Insofern geht es darum, möglichst klare Abgrenzungsregelungen zu treffen, die dann für alle Beteiligten die Grundlage ihrer Leistungsverpflichtung darstellen. Es gibt ein oder mehrere Bundessozialgerichtsverfahren, die sich mit dieser Abgrenzungsproblematik beschäftigen. Hier müssen wir die Urteile abwarten. Bisher gehen wir davon aus, dass die Rahmenbedingungen so wie sie jetzt definiert sind, ausreichende Klarheit schaffen.



Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE. Wir hören immer wieder Klagen von Betroffenen über Qualität und Quantität der Hilfsmittelversorgung. Ist das Instrument der Versorgungspauschalen geeignet, um Menschen mit Behinderung ihren Anspruch auf adäquate Versorgung, z. B. im Bereich der Inkontinenzversorgung oder der Versorgung mit individuell angepassten Rollstühlen, zu erfüllen? Wie muss dieses Instrument verändert werden, damit ein medizinisch oder individuell notwendiger Bedarf adäquat befriedigt werden kann?

SVe **Dr. Siiri Ann Doka** (BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Die Hilfsmittelversorgung ist ein Thema, das uns immer wieder umtreibt. Zurzeit erhalten wir Berichte, dass die Pauschalen, gerade im Inkontinenzbereich, so abgesenkt wurden, dass die Menschen fast regelhaft Aufzahlungen leisten müssen. Die Menschen, die inkontinenzversorgt sind, gehören aber in der Regel nicht zu den reichen Teilen der Bevölkerung. Wir sind seit jeher daran interessiert, dass die Ergebnisqualität kontrolliert wird, d. h. dass es bestimmte Qualitätsanforderungen gibt. Hier sollte eine Untergrenze dessen, was notwendig ist und was den Menschen zu erstatten ist, festgelegt werden. Diese Ergebnisqualität sollte von den Krankenkassen kontrolliert werden. Manche Krankenkassen machen das über Befragungen, allerdings ist das eher die Ausnahme. Wir würden uns wünschen, dass z. B. der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) die Ergebnisqualität stichprobenartig überprüft. Es hat solche Untersuchungen gegeben und man hat dabei festgestellt, dass die von den Betroffenen geschilderten Probleme mit der Hilfsmittelversorgung sehr berechtigt waren. Die Qualitätsanforderungen für die Hilfsmittelversorgung müssen vernünftig festgeschrieben werden. Im Moment ist das System für die Versicherten sehr intransparent. Wir haben auf der einen Seite Präqualifizierungsverfahren und auf der anderen Seite Einzelverträge. Den Hilfsmittelbereich sollte man nicht wettbewerblich ausrichten. Insofern setzen wir uns dafür ein, dass die Hilfsmittelversorgung zur Schaffung von Transparenz für die Versicherten kollektivvertraglich geregelt wird.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage

geht an Frau Dr. Fix vom Deutschen Caritasverband. Geistig und mehrfach behinderte Menschen mit einer anerkannten Pflegestufe werden in einer stationären Behinderteneinrichtung oft durch die Krankenkassen vom Leistungsanspruch der häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen. Begründet wird dies damit, dass der Anspruch mit dem pauschalen Höchstbetrag von 266 Euro nach § 43a SGB XI abgegolten wäre. Wie kann man diese Ungleichbehandlung aufheben? Ist das im SGB XI oder eher im neuen Bundesteilhabegesetz möglich?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Es ist schwer zu beantworten, in welchem Gesetz diese Änderung erfolgen sollte. Das Bundesteilhabegesetz scheint der geeignete Ort zu sein, weil wir etliche Schnittstellenprobleme in diesem dann zu erwartenden Artikelgesetz zu lösen haben werden und dann das SGB XI und auch das SGB V eröffnet sein dürfte. Es ist vollkommen richtig und die Kassen können sich hier auch auf geltendes Recht berufen, dass mit § 43a SGB XI, also dem Zuschuss von heute 266 Euro, alle Leistungen der Grundpflege und Behandlungspflege etc., abgegolten sind. Tatsächlich ist dieser Betrag seit Jahren völlig unzureichend und angesichts des hohen Anstiegs der häuslichen Krankenpflege in stationären Wohneinrichtungen unangemessen. Deswegen setzen wir uns als Caritasverband dringend dafür ein, dass dieser Betrag erhöht wird. Da gibt es aus unserer Sicht zwei Möglichkeiten: Entweder man gleicht die stationären Wohneinrichtungen den sonstigen häuslichen Wohnformen an und gesteht den Menschen, die die Leistungen benötigen, den Betrag der häuslichen Pflege zu oder aber man bleibt bei dem Zuschussmodell. Allerdings kann es nicht bei einem Zuschuss von 266 Euro bleiben, sondern der Betrag müsste dann an die Höhe der häuslichen Pflege nach § 36 SGB XI angeglichen und nach Pflegestufen oder Pflegegraden gestaltet werden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Menschen mit Behinderung sind häufig im besonderen Maße auf ergänzende OTC-Medikamente (over the counter – apotheken- aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente) angewiesen. Meine Frage geht an die Caritas. § 34 Absatz 1 SGB V sieht vor, dass OTC-Medikamente bei schwerwiegenden Erkrankungen auch als Therapie-



standard verordnungsfähig sind. Dazu gibt es Ausnahmeregelungen. Halten Sie diese für ausreichend und wenn nicht, was schlagen Sie vor, was ergänzend getan werden sollte?

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir setzen uns schon seit Jahren für eine gesetzliche Änderung im § 34 Absatz 1 SGB V ein, weil die Ausnahmeregelungen sich nur auf Therapiestandards für schwerwiegende Erkrankungen beziehen. Menschen mit Behinderung haben jedoch häufig Begleiterkrankungen durch die schwerwiegenden Behinderungen, wie beispielsweise Verstopfung. Sie benötigen deshalb Abführmittel oder schleimlösende Mittel. Die Begleiterkrankungen haben aber nichts mit der ursächlichen schwerwiegenden Erkrankung zu tun, sondern sie sind Folgeerscheinungen der Behinderung und in solchen Fällen können Medikamente wie Abführmittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden. Deshalb glauben wir, dass es einer gesetzlichen Klarstellung bedarf, so dass auch Begleiterkrankungen bei schweren Behinderungen für diese Ausnahmeregelung in Betracht gezogen werden können.

**Abg. Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die BAG SELBSTHILFE. Im Versorgungsstärkungsgesetz geht es auch um die Sicherstellung besonderer Versorgungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln, damit chronisch Kranke nicht darunter leiden müssen, dass Ärzte Furcht vor Regressforderungen haben. Jetzt sollen diese besonderen Bedarfe und die Praxisbesonderheiten vom GKV-Spitzenverband zusammen mit der KBV bestimmt werden. Wird es dadurch zu einer Verbesserung für die betroffene Gruppe kommen oder müsste in dem Bereich noch mehr geschehen?

**Sve Dr. Siiri Ann Doka** (BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Die besonderen Verordnungsbedarfe bei Heilmitteln und die langfristige Genehmigung haben eine lange Geschichte. Wir haben dafür gekämpft, dass das damals in § 32 Absatz 1a und in § 84 Absatz 6 SGB V aufgenommen wurde. Im Referentenentwurf sollten die besonderen Verordnungsbedarfe noch regionalisiert werden. Das hätte aus unserer Sicht wieder einen Flickenteppich be-

deutet. Wir begrüßen ausdrücklich eine bundeseinheitliche Regelung. Gleichzeitig haben wir durch diese lange und schmerzhaft Geschichte die Besorgnis, dass bestimmte Erkrankungen bei der Heilmittelversorgung wegfallen. Wir haben im Moment zwei Listen, § 32 Absatz 1a und § 84 Absatz 6 SGB V und die decken die Erkrankungen mehr oder weniger ab. Wir sehen gerade bei den seltenen Erkrankungen Veränderungsbedarf, aber man kann mit diesen Listen leben. Wir sind besorgt, dass durch erneute Änderung unter Umständen Verschlechterungen eintreten könnten. Gleichzeitig hoffen wir, dass das nicht geschieht. Wir werden sehr genau darauf schauen, wie sich diese Listen entwickeln und hoffen, dass sie zu keiner Verschlechterung für die Situation der Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen führen.

**Abg. Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte eine Frage zu den OTC-Medikamenten an den GKV-Spitzenverband stellen. Was sagt der GKV-Spitzenverband dazu, dass der Aspekt Begleiterkrankungen bei schwerwiegenden Behinderungen als Therapiestandard gelten und somit aus dem SGB V refinanziert werden soll?

**SV Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Die Listen gibt es und sie werden ständig weiterentwickelt. Die Möglichkeit, bei bestimmten Diagnosen Abführmittel aus dem OTC-Bereich zu verordnen, ist gegeben. Insofern sehen wir dort zurzeit keinen Änderungsbedarf. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass nicht nur der GKV-Spitzenverband oder die Träger, sondern auch die pharmazeutischen Hersteller und die Patientenvertreter berechtigt sind, einen Antrag zu stellen, um Produkte aus dem OTC-Bereich auf die Ausnahmeliste setzen zu lassen.

**Abg. Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Caritas. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit geschaffen, dass häusliche Krankenpflege auch in betreuten Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung erbracht werden kann. Um die notwendige Flexibilität bei der Bestimmung der geeigneten Erbringungsorte zu wahren, wurde auf eine konkrete gesetzliche Festlegung verzichtet und die Definition geeignete Orte dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen. Die häusliche Krankenpflegerichtlinie des G-BA bestimmt, dass



häusliche Krankenpflege für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht, nicht verordnet werden kann. Ob ein solcher Einzelfall besteht, ist nach der Vorgabe der häuslichen Krankenpflegerichtlinie im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. Es würde mich vor diesem Hintergrund interessieren, ob aus Ihrer Sicht eine Klarstellung zur häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe notwendig scheint und wenn ja, auf welchem Weg eine solche Klarstellung am besten erreicht werden könnte?

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Das Bundessozialgericht hat sich kürzlich mit dieser Frage beschäftigt und eindeutig festgestellt, dass die häusliche Krankenpflege auch in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe erbracht werden muss. Wir haben die Begründung noch nicht vorliegen. Ähnlich lautende Urteile gibt es auch auf Landesebene. Gleichzeitig weisen Sie zu Recht darauf hin, dass die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege besagt, dass eine Einzelfallprüfung zu erfolgen hat und das geschieht häufig nicht. Die Krankenkassen lehnen die häusliche Krankenpflege in stationären Wohneinrichtungen mit dem Verweis, dass die stationäre Wohneinrichtung kein durch Gesetz definierter geeigneter Ort ist, ab. Aus diesem Grund halten wir eine gesetzliche Klarstellung für geboten, so dass die häusliche Krankenpflege auch in stationären Wohneinrichtungen erbracht werden kann. Es ist die Frage, in welchem Kontext man dieses Thema regelt. Das Versorgungsstärkungsgesetz böte sich meines Erachtens als erster Schritt an. Ich sage als erster Schritt, weil bei einem Bundesteilhabegesetz, das wir möglicherweise auch in dieser Legislaturperiode zu erwarten haben, die Leistungsformen stationär und ambulant in der Weise, wie wir sie heute haben, aufgehoben würden. Wenn Sie jetzt im Gesetz festhalten, dass auch die stationäre Wohneinrichtung zu den anderen geeigneten Ort gehört, werden Sie mit dem Bundesteilhabegesetz nachbessern müssen. Es besteht aber ein Regelungsbedarf auch im Kontext des Bundesteilhabegesetzes, weil § 55 SGB XII, bezogen auf diese stationären Wohneinrichtungen, vorsieht, dass die Pflege und dazu gehört auch die Behandlungspflege, Bestand-

teil der Eingliederungshilfe ist. Leistungserbringerrechtlich haben wir in der Praxis Vereinbarungen und Verträge, die die Einrichtungen mit dem Eingliederungshilfeträger getroffen haben. Danach wird die häusliche Krankenpflege tatsächlich aus der Eingliederungshilfe geleistet. In der Praxis ist die Situation sehr komplex und das Leistungsrecht im § 37 SGB XII reicht nicht zur Vereinheitlichung. Wir müssen auch das Leistungserbringerrecht entsprechend anpassen. Man kann dies in zwei Schritten vollziehen. Ich würde empfehlen, mit dem Versorgungsstärkungsgesetz den ersten Schritt zu gehen, weil wir nicht wissen, ob es wirklich ein Bundesteilhabegesetz geben und wie dieses ausgestaltet sein wird. Angesichts der Tatsache, dass die häusliche Krankenpflege in den Einrichtungen immer mehr zunimmt, haben wir es hier mit einem relevanten sozialrechtlichen Problem zu tun.

**Abg. Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Doka von der BAG SELBSTHILFE. In Ihrer Stellungnahme plädieren Sie für eine nachhaltige Stärkung der Patientenrechte durch eine Verbesserung der Beratung für Menschen mit Behinderung. Es ist auch für Menschen ohne Behinderung manchmal nicht einfach herauszufinden, welche Rechte sie an welcher Stelle haben und wo sie die beste Beratung dafür bekommen. Wie könnte hier eine Verbesserung erreicht werden und welche Synergieeffekte zwischen den bestehenden Beratungsangeboten sind möglich?

**SVe Dr. Siiri Ann Doka** (BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Es ist eines der häufigsten Probleme aus der Praxis, dass Menschen mit Behinderung, aber auch mit chronischen oder sonstigen akuten Erkrankungen das Ausfüllen von Formularen oder das Aufsetzen von Anträgen bzw. das System insgesamt zu durchschauen als die stärkste Belastung überhaupt empfinden. Insofern halten wir es für dringend erforderlich, dass es einen Lotsen durch dieses System gibt. Gerade bei Menschen mit Behinderung sind oft verschiedene Sozialleistungsträger zuständig und es gibt verschiedenen Beratungsangebote in unterschiedlicher Qualität. Der Gesetzgeber hat verschiedene Initiativen wie gemeinsame Servicestellen und Pflegestützpunkte initiiert. Die Umsetzung in der Praxis ist häufig unzureichend. Wir wünschen uns eine zentrale Stelle, die durch



diese Stützpunkte und verschiedenen Beratungsangebote lotst oder eine zentrale Beratungsstelle. Unabhängig davon sind wir der Auffassung, dass diese Beratungsstellen stärker mit der Selbsthilfe vernetzt sein sollten, weil die Selbsthilfe viel an Alltagskompetenz bietet und viele Erfahrungen im Umgang mit bestimmten Problemstellungen weitergeben kann. Generell halten wir es für erforderlich und wichtig, dass es für Betroffene verschiedene Angebote, sei es internetgestützt oder vor Ort gibt, die ihnen Orientierung über die verschiedenen Sozialleistungsbereiche geben.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Caritas. Sie begrüßen die Einrichtungen der medizinischen Behandlungszentren, gleichzeitig üben Sie Kritik an der konkreten Ausgestaltung im Versorgungsstärkungsgesetz. Würden Sie diese noch einmal erläutern?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Die Kritik am § 43b SGB V ist die folgende: Wir haben uns dafür eingesetzt, dass die nichtärztlichen Leistungen in das Gesetz aufgenommen werden. § 43b SGB V hat dies nachvollzogen, sich aber bei der Formulierung auf den § 43a SGB V bezogen und ihn lediglich abgewandelt. Der § 43a SGB V bezieht sich auf die sozialpädiatrischen Zentren und somit auf die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dort ist geregelt, dass die nichtärztlichen Leistungen sich vor allem auch auf die Früherkennung von Krankheiten beziehen. Das ist für erwachsene Menschen ebenso wichtig wie für Kinder, aber für die erwachsenen Menschen mit Behinderung ist es entscheidend, dass die nichtärztlichen Leistungen sich auch darauf beziehen, dass sich der Behandlungserfolg durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsangehörigen verbessert. Deshalb haben wir den konkreten Vorschlag, den § 43b SGB V entsprechend zu erweitern, gemacht.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Caritas. Welche besonderen Probleme haben pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit einer Behinderung bei der Durchführung ihrer Zahnpflege und inwieweit leistet der neue § 22a SGB V, den wir im Rahmen des Versor-

gungsstärkungsgesetzes verabschieden wollen, einen Beitrag zur Beseitigung dieser Probleme?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir begrüßen außerordentlich, dass der Gesetzgeber den § 22a SGB V mit dem Versorgungsstärkungsgesetz einführt. Dafür haben wir uns seit Jahren, gemeinsam mit der Zahnärzteschaft, eingesetzt. Menschen mit Behinderungen, die kognitive und schwere motorische Einschränkungen haben, haben erhebliche Schwierigkeiten ihre Zahnpflege durchzuführen und benötigen dafür Unterstützung. Und wenn das nicht erfolgt, sind Erkrankungen wie Karies und Parodontitis die Folge. Parodontitis und Gingivitis wiederum können Pneumonien und Herz-Kreislauf-Erkrankungen auslösen. Hier muss man präventiv tätig werden und das sieht der jetzige §22a SGB V vor. Wir begrüßen es sehr, dass ein individuelles Präventionsmanagement mit der Erfassung des Mundhygienestatus etabliert wird und dass auch das Pflegepersonal in die Zahnpflege und die Mundgesundheit mit eingebunden werden soll.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an die BAG SELBSTHILFE. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert in Ziffer 5 die Sicherstellung eines ausreichenden Angebotes von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für Menschen mit Behinderungen. Welche Defizite gibt es aus Ihrer Sicht?

Sve **Dr. Siiri Ann Doka** (BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir wünschen uns, dass primärpräventive Angebote stärker an die Versicherten auch mit Behinderungen herangetragen werden. Wir haben jetzt im Entwurf verankert, dass die primärpräventiven Angebote der Krankenkassen barrierefrei ausgestaltet werden sollen. Wir begrüßen auch, dass die Menschen mit Behinderung an der Entwicklung der Handlungsfelder beteiligt werden, d. h. es gibt eine relativ starke Partizipation, auch über die nationale Präventionskonferenz. Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen brauchen primärpräventive Angebote. Menschen mit Sehbehinderung und auch Menschen mit geistiger Behinderung haben z. B. verstärkt mit Adipositas zu kämpfen. Uns ist es ein Anliegen, dass diese Angebote wirklich zu den Menschen kommen. Bislang



scheitert dies häufig daran, dass viele Angebote der Krankenkassen nicht barrierefrei ausgestaltet sind. Unabhängig davon würden wir uns wünschen, dass primärpräventive Angebote auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht werden könnten. Bisher ist der Gesetzeswortlaut offen. Hier wäre eine Klarstellung durch die Auflistung der Einrichtungen der Behindertenhilfe hilfreich.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich frage Herrn Dr. Pick vom MDS. Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist vorgesehen, dass die Verordnung von Heilmitteln für Menschen mit Behinderung ohne Arztbesuch auch für einen längeren Zeitraum als 12 Wochen erlaubt sein soll. Wie groß kann so ein Intervall maximal sein, ohne dass mit Beeinträchtigung zu rechnen ist?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Wir haben durch die Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses die Möglichkeit der längerfristigen Verordnung. Davon sollte flexibel Gebrauch gemacht werden. Wir sind aber skeptisch im Hinblick auf eine dauerhafte Verordnung im größeren Umfang und das nicht, weil diese Heilmittel nicht dauerhaft gewährt werden. Das ist bei vielen Behinderten durchaus gegeben. Aber wir halten eine gewisse Anpassung und Überprüfung für sinnvoll. Einmal um zu sehen, ob die Wirkung eintritt und zweitens wegen des therapeutischen Effekts. Wenn Sie zwei Jahre in der Heilmittel-, in der Physio- oder Ergotherapie immer das Gleiche machen, geht der therapeutische Effekt ein Stück weit zurück. Die Frequenz muss überprüft werden. Sie müssen überlegen, welche Mittel der Physio- und Ergotherapie einzusetzen sind. Hier sind Wechsel erforderlich. Deshalb sind wir skeptisch gegenüber einer auf Dauer angelegten Heilmittelverordnung. Diese wird nur zu einer Standardisierung der Versorgung führen. Es gibt einen dauerhaften Anspruch, aber der braucht Nachjustierung und Überprüfung.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist zu lesen, dass es bei den niedergelassenen Ärzten regional unterschiedlich offensichtlich Informationsdefizite über Ausnahmen bei Richtgrößen zur Heilmittelverordnung gibt. Was tut die Ärzteschaft, um das zu verändern?

SVe **Dr. Justina Rozeboom** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann diese Frage leider nicht beantworten, weil es sich um ein Problem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung handelt.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Richter von der Bundespsychotherapeutenkammer. Im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird auch auf Kompetenzen in der Kommunikation in gesundheitlichen Einrichtungen und im Umgang mit Menschen mit Behinderung hingewiesen. Wie könnte eine Stärkung der psychologischen Ausbildung in den Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberufe erfolgen und wie könnte das aussehen?

SV **Prof. Dr. Rainer Richter** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Es gibt bereits zahlreiche Ausbildungsstätten, die das besondere Gebiet der Psychotherapie mit geistig, aber auch mehrfach behinderten Menschen in ihre Lehrpläne aufgenommen haben. Es ist aber richtig, dass es nicht offiziell in der Approbationsordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten verankert ist. Wir haben mehrfach betont, dass dies bei der anstehenden Revision des Psychotherapeutengesetzes geschehen muss. In Hamburg haben wir sehr gute Erfahrungen mit einer Spezialeinrichtung gemacht. Diese könnten als Grundlage für künftige Ausbildungsinhalte dienen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Kücking vom GKV-Spitzenverband. Es ist sehr deutlich geworden, dass der Handlungsbedarf, den unser Antrag zeigt, in wesentlichen Teilen von vielen Organisationen bestätigt worden ist. Seit 2001 haben wir im SGB IX den Grundsatz, dass die verschiedenen Rehabilitationsträger ihrer gemeinsamen Verantwortung nachkommen und darauf hinwirken müssen, dass koordiniert gehandelt wird, um den entsprechenden Bedarfen von Menschen mit Behinderung gerecht zu werden. Seit 2009 hat die Bundesrepublik sich für alle gesetzlichen Ebenen, und dazu gehört auch das SGB V, verpflichtet, den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention gerecht zu werden. Können Sie sich vor diesem Hintergrund vorstellen, ein gemeinsames internes Aktionsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen zur Feststellung des Handlungsbedarfs zu initiieren? In § 2 SGB V heißt es, dass Sie für eine



bedarfsgerechte Versorgung verantwortlich sind.

**SVe Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Es ist richtig, dass die GKV auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit Behinderung einen wichtigen Auftrag hat. Diesem kommt sie auch auf vielen Feldern nach, indem sie in Verträgen und Vereinbarungen darauf hinwirkt, dass diese Belange berücksichtigt werden. Es gibt sicherlich weiteren Entwicklungsbedarf, das will ich nicht ausschließen, aber im Grundsatz kommen wir unserer Aufgabe nach. Das ist nachweisbar in den verschiedenen Themenfeldern angekommen. In der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation arbeiten die verschiedenen Träger zusammen und geben, auch unter Berücksichtigung von Barrierefreiheit und damit zusammenhängenden Fragen, gemeinsame Empfehlungen ab. Das heißt, es finden Abstimmungsprozesse statt, die auch fortgeführt werden. Deshalb sehe ich keinen Grund für eine besondere Aktion. Das Thema wird unverändert und mit Vehemenz auf der Agenda stehen.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie sehen eine gesetzliche Festschreibung der Barrierefreiheit bei der Präqualifizierung von Hilfsmittelleistungserbringern nicht als erforderlich an. Könnte Sie uns Ihre Gründe dafür erläutern und in diesem Zusammenhang auch etwas zu den Empfehlungen bei Neubetrieben sagen?

**SVe Dr. Monika Kücking** (GKV-Spitzenverband): Wir halten, um das vorwegzunehmen, angemessene Regelungen für Barrierefreiheit für sinnvoll. Wir sind nicht der Ansicht, dass das durch eine pauschale gesetzliche Regelung umgesetzt werden kann. Im Rahmen der Präqualifizierungsempfehlungen haben wir für die verschiedenen Bereiche der Präqualifizierung, für die verschiedenen Bereiche der Hilfsmittelgewährung, durchaus unterschiedliche, für die jeweiligen Behinderungen und Einschränkungen angemessene Regelungen gefunden. Die Patientenvertreter waren auch bei diesen Regelungen eingebunden, sodass deren Belange berücksichtigt werden konnten. Das ist aus unserer Sicht ein angemessener und passgenauer Weg. Wir haben darauf hingewiesen, dass es gerade im Hilfsmittelbereich viele kleinere Betriebe gibt, bei denen sich, wenn sie mit hohen und uniformen Anforderungen an Barrierefreiheit konfrontiert werden, die

Frage der Wirtschaftlichkeit stellt. In diesem Spannungsfeld muss man angemessen reagieren, denn wir wollen eine flächendeckende Versorgung sicherstellen. Deshalb beziehen sich Präqualifizierungsempfehlungen auf neue und nicht auf bestehende Betriebe. Neubetrieb umfasst auch Betriebsübernahmen und nicht nur Neugründungen. Immer dann, wenn sich ein neuer Besitzer mit den Anforderungen auseinandersetzen muss und Entscheidungen unter Berücksichtigung der bekannten Lage trifft, sind die Regelungen adäquat.

Der **Vorsitzende**: Ich darf mich bei Ihnen allen ganz herzlich bedanken, bei den Sachverständigen, den Kolleginnen und Kollegen und bei Ihnen, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, dass Sie an der Anhörung teilgenommen haben. Ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 15:03 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB  
**Vorsitzender**