

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0104(1)
gel. VB zur öAnhörung am 06.05.
15_Menschen mit Behinderung
30.04.2015

Stellungnahme zum Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten“ (BT-Drs. 18/3155)

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447- 46
Email elisabeth.fix@caritas.de

Ihr Ansprechpartner
Dr. Franz Fink
Telefon-Durchwahl 0761 200 366
Email franz.fink@caritas.de

www.caritas.de

Datum 29.04.2015

Antrag

Der Antrag der GRÜNEN nimmt die gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung systematisch in den Blick, mit dem Ziel, eine umfassende, der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechende Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen sicherzustellen. Dabei identifiziert der Antrag vor allem die Bereiche, in denen es in der Praxis zu Problemen oder Versorgungsbrüchen kommt.

Eine zentrale Voraussetzung für eine gute Gesundheitsversorgung von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen ist die Sicherstellung des barrierefreien Zugangs und der barrierefreien Behandlung von Menschen mit Behinderung. Daher nimmt dieses Thema im Antrag auch einen breiten Raum ein. Die GRÜNEN fordern, dass Arztpraxen flächendeckend baulich und technisch barrierefrei werden müssen. Das Personal in Krankenhäusern und Arztpraxen müsse zudem kommunikativ im Umgang mit den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderung geschult werden. Auch die Informationen zu Gesundheitsleistungen sollen in noch weit stärkerem Maße als bisher barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. So sollen konkret alle für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesbehörden sowie andere Anbieter barrierefreie Informationen zu den Gesundheitsleistungen nach dem Zwei-Sinne-Prinzip und in leichter Sprache zur Verfügung stellen. Der Gesetzgeber solle zudem den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnen, ihren Versicherten vertragsärztliche Leistungserbringer zu empfehlen, die in baulicher und fachlicher Hinsicht für die barrierefreie Gesundheitsversorgung besonders geeignet sind.

Auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sei mit Blick auf die erforderlichen Fachkenntnisse zur Behandlung insbesondere von Menschen mit schweren geistigen

und mehrfachen Behinderungen noch erheblich verbesserungsbedürftig. In den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b sei regelhaft eine Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung im fachlichen Umgang mit Menschen mit Behinderung vorzusehen.

Leistungsrechtlich gelte es, Menschen mit Behinderung spezifische und adäquate Angebote zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, aber auch zur Rehabilitation zur Verfügung zu stellen. Gefordert wird unter anderem auch eine gesetzliche Regelung für ein Präventionsmanagement in der zahnmedizinischen Versorgung, das gezielt die Bedarfe von kognitiv und motorisch stark eingeschränkten Menschen in den Blick nimmt.

Große Probleme gäbe es auch in der Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen. So sei sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderung ihren Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich realisieren können. Barrierefreiheit solle ein verbindliches Kriterium bei der der Präqualifizierung von Hilfsmittelerbringern festgeschrieben werde. In den Hilfsmittelverträgen sei eine bessere Beratung der Versicherten zu verankern. Des Weiteren müsse eine wohnortnahe Versorgung mit Hilfsmitteln gewährleistet werden. Die Krankenkassen sollten verpflichtet werden, bei Ausschreibungsverfahren zu Hilfsmitteln Patientenbefragungen und Assessmentverfahren durchzuführen.

Bei den Heilmitteln gelte es zu prüfen, ob die langfristige Genehmigung von Heilmitteln, die durch das GKV-Versorgungsgesetz etabliert wurde, durch die 2011 getroffene Vereinbarung unbürokratisch und bedarfsgerecht umgesetzt werde.

Im Arzneimittelbereich fordern die GRÜNEN, dass der Gemeinsame Bundesausschuss darauf hinwirken möge, dass die Ausnahmeliste der OTC-Medikamente auf mögliche Ergänzungen und Präparate zur Behandlung von Folge- und Begleiterscheinungen von Behinderungen überprüft werde.

Im Krankenhausbereich sei sicherzustellen, dass das Entlassmanagement zu einem funktionierenden Fallmanagement beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung ausgebaut wird, damit gerade Menschen mit Behinderung frühzeitig alle notwendigen Leistungsanträge stellen könnten und somit keine Versorgungslücken entstünden. Der Gesetzgeber solle zudem darauf hinwirken, dass Menschen mit Behinderung auch eigene Assistenzkräfte ins Krankenhaus oder auch in die Rehabilitation- oder Vorsorgeeinrichtung mitbringen können, auch wenn sie ihre Assistenz nicht im Arbeitgebermodell sicherstellen.

Im Bereich der pflegerischen Leistungen sei der Haushaltsbegriff nach § 37 SGB V so abzuändern, dass die häusliche Krankenpflege auch in betreuten Wohngemeinschaften, neuen betreuten Wohnformen und in den stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe erbracht werden könne. Darüber hinaus solle § 43a SGB XI klarstellen, dass auch die stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich als Häuslichkeit anerkannt werden.

Nicht zuletzt plädieren die GRÜNEN dafür, darauf hinzuwirken, dass für besondere medizinische und psychologische bzw. psychotherapeutische Versorgungsbedarfe von erwachsenen Menschen mit einer Behinderung regionale medizinische Zentren zu schaffen seien.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband stellt fest, dass das System der gesundheitlichen Regelversorgung Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen, insbesondere Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Beeinträchtigung, nicht entsprechend gut versorgt. Im Folgenden wird dargestellt, an welchen Stellschrauben des Gesundheitswesens der Deutsche Caritasverband konkrete Handlungsbedarfe sieht.

Barrierefreiheit in der Zugänglichkeit und Behandlung von Menschen mit Behinderung

Ein Hauptproblem unseres Gesundheitswesens ist die unzureichende Barrierefreiheit. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet die Vertragsstaaten in Artikel 25, das Recht behinderter Menschen auf gleichen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen allgemeinen Diensten des Gesundheitswesens sicherzustellen. Vielfach sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens jedoch baulich, technisch, räumlich, aber auch personell und kommunikativ nur unzureichend auf die Belange und Bedarfe dieser Menschen eingestellt. Barrierefreiheit in Arztpraxen und Krankenhäusern bedeutet nicht nur den ungehinderten Zugang zu diesen Gesundheitseinrichtungen mit Blick auf die räumlichen Voraussetzungen, wie z.B. das Vorhandensein eines Fahrstuhls, sondern vor allem hinsichtlich der kommunikativen Anforderungen im Umgang mit Menschen mit Behinderung. So muss die Information und Aufklärung in leichter Sprache erfolgen. Ggf. bedarf es einer angemessenen Assistenz. Es muss vor allem auch genügend Zeit für den Dialog zwischen Arzt und dem Patienten mit einer Behinderung zur Verfügung stehen. Für die Behandlung selbst sind ggf. angemessene Vorkehrungen für die sächliche Ausstattung der Praxis bereit zu stellen, z. B. geeignete Untersuchungsstühle. Dieser behinderungsbedingte Mehraufwand, für einen barrierefreien Zugang und zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung und eine diskriminierungsfreie Behandlung und Therapie, ist in der Honorierung der niedergelassenen Ärzte bzw. in den Fallpauschalen der Krankenhäuser bei Behinderung zu berücksichtigen. Bei den Pauschalen zur Abdeckung der Unterschiede im Behandlungsaufwand, die nach § 87 Absatz 2b Satz 3 zu ermitteln sind, ist neben dem Schweregrad der Erkrankung auch der Schweregrad der Behinderung zu berücksichtigen. Besondere Berücksichtigung müssen dabei auch die Belange von Frauen mit Behinderung finden, die bei der Gesundheitsversorgung oft mit zusätzlichen Barrieren konfrontiert sind, wie z.B. bei gynäkologischen Untersuchungen.

Die GRÜNEN weisen zu Recht darauf hin, dass auch die Informationen der Versicherten zu Gesundheitsleistungen noch zu wenig barrierefrei sind. So sollen nach Auffassung der Caritas Informationen, die in Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens in schriftlicher Form oder im Internet zur Verfügung gestellt werden, grundsätzlich in leichter Sprache und nach dem Zwei-Sinne-Prinzip aufbereitet werden müssen. Die Krankenkassen, aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder Verbände der Leistungserbringer müssen dies als einen wichtigen Auftrag an sich selbst erachten. Wir unterstützen den Vorschlag des vorliegenden Antrags, dass die Krankenkassen ihre Versicherten mit einer erheblichen Behinderung informieren sollte, welche gesundheitlichen Leistungsangebote vor Ort in räumlicher, baulicher und kommunikativer Hinsicht bereits barrierefrei sind. Die

Krankenkassen sollen hierzu Übersichten erstellen, die auf Anfrage erhältlich sind sowie im Internet barrierefrei zur Verfügung stehen. Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten darüber hinaus beraten und ihnen auf deren individuellen Bedarf zugeschnittene Empfehlungen zu barrierefreien Leistungsangeboten geben. Wir gehen davon aus, dass von einer solchen Maßnahme Anreize ausgehen, die eigene Praxis oder Einrichtung zunehmend barrierefrei zu gestalten. Die Bundesregierung sollte jedoch auch gezielt ein zeitlich befristetes Förderprogramm zum Auf- und Ausbau von barrierefreien Praxen und Gesundheitseinrichtungen auflegen. Wir unterstützen den Vorschlag der GRÜNEN, das Kriterium der Barrierefreiheit bei der Zulassung von Vertragsärzten als verbindliches, eigenständiges und nicht nur beispielhaft aufgezähltes Kriterium in § 26 Absatz 4 Nummer 3 zu verankern.

Kompetenzen in der Versorgung von Menschen mit Behinderung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung stärken

Von elementarer Bedeutung für die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention ist die Sensibilisierung und Qualifizierung von Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, wie z.B. von Pflegekräften und Therapeuten, für die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderung. Um die Kompetenzen für die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen zu verbessern, müssen zum einen die medizinischen Fachkenntnisse in Bezug auf spezifische Krankheitsbilder von Menschen mit Behinderung besser in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen integriert werden. Darüber hinaus müssen jedoch auch die Anforderungen an einen angemessenen Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Behinderung in den Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen, Curricula und Didaktiken der verschiedenen Gesundheitsberufe systematisch verankert werden. Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP schlagen vor, Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Behinderung systematisch im praxisbezogenen Teil der Ausbildung verpflichtend einzuführen.

Prävention stärken

Unzutreffenderweise wird oft davon ausgegangen, dass Menschen mit Behinderung nicht von primärer Prävention profitieren, sondern bestenfalls von Sekundär- oder Tertiärprävention. Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil ist jedoch gerade für Menschen, die mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen lebenslang in ihrem Alltag umgehen müssen, von zentraler Bedeutung. So haben beispielsweise Menschen mit einer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderung Probleme mit Übergewicht oder sind gar adipös. Wenn Einrichtungen der Behindertenhilfe niedrigschwellig im Alltag zu gesundheitsbewusster Ernährung oder zu Bewegung anleiten, ist dies ein konkreter Beitrag zur Gesundheitsförderung. Wenn man bei einer institutionenorientierten Auflistung der Lebenswelten in § 20a Absatz 3 des gegenwärtig beratenen Präventionsgesetzes bleiben will, müssen auch die Einrichtungen der Behindertenhilfe aufgenommen werden. Auch die Nationale Präventionsstrategie soll bei der Planung der Ziele und Maßnahmen vor allem auch die Zielgruppe von Menschen mit einer Behinderung besonders in den Blick nehmen. Im Präventionsgesetz ist vorgesehen, dass die Nationale Präventionskonferenz alle vier Jahre einen Präventionsbericht vorliegen muss. Dort soll das Thema der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung fest verankert

werden und bei jeder Veröffentlichung rapportiert werden. Auch im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention sind gezielt Maßnahmen zu ergreifen, die einer Verstärkung der Beeinträchtigung und einer Verschlimmerung der Erkrankungen gezielt entgegenwirken. So kann eine gezielte Prävention bei Menschen mit degenerativen Veränderungen ihres Halteapparats und eingeschränkter Mobilität verhindern, dass es zu einer vorzeitigen Osteoporose kommt.

Hilfsmittelversorgung verbessern

Die Versorgung von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen mit Hilfsmitteln ist in vielerlei Hinsicht verbesserungsbedürftig. Zu Recht beschreibt der Antrag der GRÜNEN das grundlegende Dilemma: In der Rechtspraxis wird zwischen Hilfsmitteln, die fehlende Körperteile oder Körperfunktion unmittelbar ersetzen und solche, die sie nur mittelbar ersetzen, unterschieden. Erstere werden der Sphäre der Krankenkassen zugeordnet, wie z. B. Prothesen. Wenn ein Hilfsmittel jedoch nur mittelbar dem Behinderungsausgleich dient, wie z.B. ein Rollstuhl für einen mobilitätseingeschränkten Menschen, der jedoch noch beide Beine besitzt, hat der Betroffene nur insoweit Anspruch auf Hilfsmittelversorgung, als das Hilfsmittel dazu beiträgt, die notwendigen Aktivitäten für die Deckung seines physischen Existenzminimums zu gewährleisten. Es entstehen dann oft Rechtsstreitigkeiten, welches Hilfsmittel geeignet ist bzw. in welcher Ausprägung geeignet ist, um dieses Ziel zu erreichen, z. B. betreffend Art, Form und Ausstattung eines Rollstuhls. In solchen Fällen wird die Bewilligung eines Rollstuhls häufig versagt, weil z.B. die Grundbedürfnisse an täglicher Aktivität bei Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen von der GKV als sehr niedrig eingestuft werden. Die Versorgung mit Hilfsmitteln muss sozialrechtlich so ausgestaltet werden, dass auch Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich nicht nur dem Ausgleich und der Deckung des physischen Existenzminimums dienen, sondern der vollen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Barrierefreiheit soll ein zentrales Kriterium für die Präqualifizierung bei der Hilfsmittelerbringung werden. Des Weiteren sollen systematische Patientenbefragungen von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen eingeführt werden, die den Nutzen der einzelnen Hilfsmittel konkret evaluieren, denn die Menschen, die diese Hilfsmittel benötigen, sind die Expertinnen und Experten. Auch die Beratung der Versicherten und eine wohnortnahe Versorgung mit Hilfsmitteln, die auch die Anpassung des Hilfsmittels umfasst, dürfen durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 nicht gefährdet werden. Die Einweisung in die Nutzung von Hilfsmitteln ist in der Regel auf Personen ohne kognitive Einschränkungen ausgerichtet. Auch hier muss eine barrierefreie Einweisung erfolgen.

Hürden bei der langfristigen Heilmittelversorgung abbauen

Wir unterstützen den Vorschlag der GRÜNEN zu prüfen, ob der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. November 2012, der auf eine Vereinfachung der Genehmigungsverfahren für die langfristige Heilmittelverordnung zielte, zu einer besseren Versorgung geführt hat. Es ist positiv zu bewerten, dass es viele Krankenkassen gibt, bei denen die langfristige Verordnung von Heilmitteln bei den nach den Vereinbarungen über Praxisbesonderheiten gelisteten Diagnosen nicht mehr genehmigungspflichtig ist. Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nach § 8 Absatz 5 HeilM-Richtlinie ersetzt jedoch die Heilmittelverord-

nung nicht. Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP regen in diesem Zusammenhang an, die Sinnhaftigkeit und Wirtschaftlichkeit der Regelung zu überdenken, dass Patientinnen und Patienten auch nach genehmigter langfristiger Verordnung nach Ablauf von 12 Wochen regelhaft ihren verordnenden Arzt konsultieren müssen. Bei vielen Menschen mit Behinderung liegt der Zweck der Verordnung eines Heilmittels nicht in der Heilung der Krankheit, sondern im Erhalt und in der Vermeidung der Verschlimmerung des Erkrankungszustandes. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich innerhalb von 12 Wochen eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands ergeben hat. Ist eine Verschlechterung eingetreten, wird der betroffene Patient ohnehin seinen Arzt aufsuchen. Somit dient der Arztbesuch nach Ablauf von 12 Wochen im Wesentlichen der Ausstellung einer erneuten Verordnung des Heilmittels. Dies widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Für die Patienten sind oft lange Wege zur Arztpraxis zurückzulegen. Daher soll es den Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden, auch über einen längeren Zeitraum als 12 Wochen, je nach medizinischem Erfordernis, zu verordnen.

Häusliche Krankenpflege in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe

Da die Menschen in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe durchschnittlich immer älter werden, benötigen sie auch mehr als in den Jahrzehnten zuvor, häusliche Krankenpflege. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit, zusätzlich zu den bestehenden Behinderungen Erkrankungen zu bekommen, die häusliche Krankenpflege erfordern. Dabei können die Erkrankungen unabhängig von der Behinderung entstehen, wie z.B. Krebs, oder in mittelbarem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, wie z.B. die Entwicklung einer Demenz im Rahmen eines Down-Syndroms.

Dabei sind das Leistungsrecht und das Leistungserbringungsrecht der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe sehr komplex. Je nach Konstellation kann für die Finanzierung dieser Leistung die Krankenkasse, die Pflegekasse oder die Eingliederungshilfe zuständig sein. Nach § 55 SGB XII umfassen die Eingliederungshilfeleistungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich auch die Pflegeleistungen, d.h. die Leistungen der Grundpflege und der Behandlungspflege. Da der Bedarf an häuslicher Krankenpflege in den letzten Jahren stark angestiegen ist, stellt sich zunehmend die Frage, wie die häusliche Krankenpflege fachlich sichergestellt und finanziert werden kann.

Grundsätzlich lassen sich zwei Fallkonstellationen unterscheiden: Der Mensch mit einer Behinderung bedarf der häuslichen Krankenpflege und ist a) nicht pflegebedürftig i.S. des SGB XI oder b) pflegebedürftig i.S. des SGB XI.

Ad a) Wenn die betroffenen Menschen nicht pflegebedürftig i.S. des SGB XI sind, entsteht in der Praxis die Frage, ob die Krankenkasse oder aber der Träger der Eingliederungshilfe die Leistung zu finanzieren hat. Dies ist abhängig von den Leistungsvereinbarungen, die zwischen dem Eingliederungshilfeträger und der stationären Wohneinrichtung getroffen wurden und somit bundesweit recht unterschiedlich. Um der Morbiditätsentwicklung in den Einrichtungen Rechnung zu tragen, haben die Einrichtungen in den letzten Jahren oft eigenes Pflegefachpersonal beschäftigt und vereinbart, dass dieses aus der Eingliederungshilfe refinanziert wird. So genannte „Beratende Pflegefachkräfte“ erheben den Pflegebedarf, führen die Pflegeplanung durch und steuern und überwachen den Pflegeprozess. Teilweise werden einfache Leistungen

der Behandlungspflege auch von heilpädagogischen Pflegekräften erbracht. In diesen Fällen tritt in der Regel kein Problem auf. Wenn jedoch in der Leistungsvereinbarung ausdrücklich ausgeschlossen ist, dass Leistungen aus dem SGB V durch die Eingliederungshilfe abgegolten werden, ist die Krankenkasse vorrangig leistungsverpflichtet. Diese lehnt die Leistungsgewährung jedoch häufig ab mit dem Argument, dass die stationäre Wohneinrichtung keine Häuslichkeit im Sinne des § 37 SGB V sei. Die stationäre Wohneinrichtung sei auch kein anderer geeigneter Ort, wie z. B. die im Gesetz erwähnten betreuten Wohnformen. Diese Argumentation hat zu Rechtsstreitigkeiten und somit immer wieder vor die Gerichte geführt. So hat z.B. das LSG Niedersachsen-Bremen in seinem Urteil vom 23.4.2009 (Az: L 8 SO 1/97) entschieden, dass vollstationäre Behinderteneinrichtungen jedenfalls auf den ersten Blick keine „sonstigen geeigneten Orte“ seien, in denen der Versicherten einen Anspruch auf Erbringung von häuslicher Krankenpflege zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung habe.

Die jüngste Rechtsprechung hingegen geht zunehmend davon aus, dass die Betroffenen auch in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege zu Lasten des SGB V haben (LSG Hamburg in seinem Urteil vom 24.4.2014, Az: L 1 KR 24/12). Das BSG hat in seinem jüngsten Urteil vom 25.2.2015 entschieden, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich „sonstige geeignete Orte“ im Sinne des § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V seien, in denen die Betroffenen einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegen ihre Krankenkasse haben. Allerdings setze die Leistungspflicht der Krankenkasse erst dann ein, wenn und soweit die Einrichtung nicht selbst verpflichtet ist, die Maßnahmen zur häuslichen Krankenpflege als Behandlungspflege zu erbringen. Einrichtungen der Eingliederungshilfe seien nach den gesetzlichen Bestimmungen nur soweit verpflichtet, medizinische Behandlungspflege zu erbringen, wie sie aufgrund der von ihnen vorzuhaltenden sächlichen und personellen Ausstattung dazu in der Lage seien und gemäß des Heimvertrags gegenüber dem Betroffenen dazu verpflichtet seien. Zudem seien einfachste Aufgaben der häuslichen Krankenpflege, für welche es keiner besonderen Sachkunde oder Fertigkeiten bedürften, in der Regel untrennbar mit der Gewährung von Eingliederungshilfe durch den Sozialhilfeträger verbunden, weil sie zu den Hilfen bei der Führung eines gesunden Lebens gehören, zu dem der Aufenthalt in der Einrichtung den Betroffenen befähigen soll. Die Gesetzesbegründung zu diesem BSG-Urteil liegt noch nicht vor, aber das BSG stellt somit klar, dass die Versicherten grundsätzlich einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Lasten ihrer Krankenkasse haben.

Der Deutsche Caritasverband und vertreten die Position, dass der Versicherte dem Grundsatz nach einen Leistungsanspruch auf die häusliche Krankenpflege gegenüber seiner Krankenkasse hat. Daher stimmen wir der Forderung des Antrags der GRÜNEN zu, dass die Leistung der häuslichen Krankenpflege grundsätzlich auch in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe aus dem SGB V zu finanzieren bzw. zu refinanzieren ist. Allerdings ist es nicht notwendig – wie die GRÜNEN argumentieren - den Haushaltsbegriff in § 37 SGB V so zu verändern, dass er auch stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe umfasst. Da die jüngste Rechtsprechung klargestellt hat, dass auch stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe „sonstige geeignete Orte“ in Sinne des § 37 SGB V sind, an denen Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegen ihre Krankenkasse haben, sehen wir gegenwärtig kein Erfordernis einer gesetzlichen Klarstellung. Wir weisen an dieser Stelle auch darauf hin, dass eine eventuelle gesetzliche Erweiterung der anderen „geeigneten Orte“ um stationäre Wohneinrich-

tungen der Behindertenhilfe nur eine Übergangslösung darstellen wird. Es ist zu erwarten, dass der Gesetzgeber nämlich im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Leistung auflösen wird. So entfällt auch der Bezug zu Wohnort und Wohnform der stationären Einrichtung.

Wenn ein Bundesteilhabegesetz, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird, wird es voraussichtlich zu einer Trennung von Fachleistungen und Leistungen zum Lebensunterhalt kommen. Damit einhergehend, würde auch § 55 SGB XII neu formuliert werden müssen. Die Fachleistungen würden dann nämlich voraussichtlich modularisiert. Die Betreuungs- und Assistenzleistungen wären dann - ebenso wie die Pflegeleistungen - jeweils eigenständige Module, die vom jeweiligen Leistungsträger finanziert werden müssen. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes müsste die häusliche Krankenpflege dann aus dem SGB V finanziert werden. Damit wäre auch der Rechtsanspruch der Betroffenen gegenüber der Krankenkasse klargestellt, ohne dass es eines Umweges über die Definition „sonstiger geeigneter Ort“ bedürfte. Leistungserbringerrechtlich soll der Betroffene dann die Wahl haben zwischen einem Pflegedienst, der von außen in die Einrichtung kommt, und einem ambulanten Pflegedienst, den der Träger der Einrichtung selbst oder in Kooperation mit einem anderen Träger vorhält. Dabei muss das Wunsch- und Wahlrecht des Menschen mit Behinderung jederzeit gewährleistet sein. Die dritte Option wäre, dass das Personal der Einrichtung selbst, wie auch heute schon häufig, die häusliche Krankenpflege als Bezugspflege und integralem Bestandteil der sonstigen Assistenz- und Teilhabeleistungen erbringt. Wenn jedoch diese Veränderungen im SGB XII oder durch ein grundlegend neues Bundesteilhabegesetz in nächster Zeit nicht kommen werden, muss eine gesetzliche Klarstellung im SGB V erfolgen.

Ad b) Wesentlicher komplexer ist die Situation von Menschen in stationären Wohneinrichtungen, die häusliche Krankenpflege benötigen, gleichzeitig aber auch pflegebedürftig sind. Dann fallen sie unter die Regelung des § 43a SGB XI. Nach § 43a Satz 2 SGB XI umfassen die Aufwendungen, welche die Pflegekasse zur Abgeltung der Leistungen der Eingliederungshilfe als Zuschuss leisten muss, auch die Leistungen zur medizinischen Behandlungspflege. Obwohl die Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege ausdrücklich vorsieht, dass im Einzelfall geprüft werden muss, ob die Leistung aus dem SGB V erbracht werden muss, verweisen die Krankenkassen regelmäßig darauf, dass alle Leistungen durch den Zuschuss der Pflegekasse gemäß § 43a SGB XI abgegolten sind. Würde man gesetzlich in § 37 SGB V klarstellen, dass stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe „andere geeignete Orte“ seien, in denen die häusliche Krankenpflege zu Lasten der Krankenkasse zu erbringen ist, müsste man in § 43a SGB XI klarstellen, dass der Zuschuss der Pflegekasse nicht mehr die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfasst. § 43a SGB XI wäre entsprechend zu ändern. Da die Leistungen nach § 43a SGB XI in engster Wechselwirkung mit den Leistungen nach § 55 SGB XII stehen, würde eine solche Anpassung auch Folgeänderungen in § 55 SGB XII nach sich ziehen.

Wie erkennbar wird, sind die Schnittstellenprobleme im Bereich der häuslichen Krankenpflege in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe im engen Zusammenhang mit den Regelungen des §43a SGB XI und § 55 SGB XII zu betrachten. Beide Paragraphen werden voraussichtlich im Zuge des Bundesteilhabegesetzes neu geregelt. Gesetzliche Änderungen des § 37 SGB V sollten daher im Zuge und in Wechselwirkung mit den Neuregelungen des anstehenden Gesetzgebungsprozesses zum Bundesteilhabegesetz vorgenommen werden.

Änderung von § 43a SGB XI

Die GRÜNEN fordern, einen Gesetzesentwurf zu § 43a SGB XI vorzulegen, in dem klargestellt wird, dass der Wohnort im rechtlichen Kontext der Behindertenhilfe, d. h. das stationäres oder ambulantes betreutes Wohnen immer als eigene Häuslichkeit anzuerkennen ist. Dadurch könne die leistungsrechtliche Schlechterstellung gegenüber anderen pflegebedürftigen Menschen aufgehoben werden. In der Tat hätten dann die betroffenen Menschen Anspruch auf höhere Leistungen. Statt der 266 Euro, welche die Pflegekassen dem Eingliederungshilfeträger bezahlen, hätten sie einen Leistungsanspruch auf die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI oder auf das Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Dieses Szenario ist grundsätzlich denkbar, vor allem wenn durch das Bundesteilhabegesetz die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Wohnformen aufgehoben wird. Die Pflege wäre somit in den Wohnformen, die eine 24-Stunden-Leistung garantieren, ein Modul neben anderen Teilhabeleistungen. Die Pflegeleistung würde von einem ambulanten Pflegedienst erbracht. Dabei ist grundsätzlich denkbar, wie im vorherigen Abschnitt ausgeführt, dass der Träger der Wohneinrichtung selbst einen Pflegedienst als eigenständig wirtschaftende Einheit unterhält und anbietet oder dass der Betroffene einen externen ambulanten Dienst wählt. Die Leistung der Pflege selbst würde dann mit dem Personal und nach den Grundsätzen und Maßstäben des SGB XI erbracht.

Allerdings sollte nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes und seines Fachverbandes CBP bei einer Neuausgestaltung des § 43a SGB XI auch weiterhin die Möglichkeit bestehen, dass das Personal der heute als stationär bezeichneten Wohneinrichtungen weiterhin das Modul Pflege neben den übrigen Leistungen zur Teilhabe nach dem heutigen § 55 SGB XII erbringt. Im Alltag werden die Pflegehandlungen und die Aktivitäten der Assistenz, Unterstützung und Begleitung nur in ganz wenigen, speziellen Handlungen vollkommen getrennt vollzogen. In einem solchen Setting kann das Fachpersonal weiterhin aus Pflegefachkräften, Heilerziehungspflegern und anderen Assistenzkräften zusammengesetzt sein und Leistungen zur Pflege erbringen. Die Pflegeversicherung soll dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe für die Pflegeleistung weiterhin einen Zuschuss bezahlen, allerdings in einer Höhe, die in etwa auf das Niveau der heutigen Pflegesachleistung angepasst wird. Der Betrag sollte nach den künftigen Pflegegraden gestaffelt werden. Diese Option hätte zudem den Vorteil, dass die Betroffenen weiterhin ungekürzt Pflegegeld beziehen können. Diese Konstellation tritt beispielsweise bei pflegebedürftigen Kindern mit einer Behinderung auf, die das Wochenende mit ihrer Familie verbringen. Würden sie die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI beziehen, würde das Pflegegeld nach § 37 SGB XI entsprechend gekürzt.

Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, das SGB XI und das neue Bundesteilhabegesetz so aufeinander abzustimmen, dass beide Optionen möglich werden. Auf diese Weise kann das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen am besten ausgeübt werden.

OTC-Regelungen anpassen

Menschen mit Behinderung benötigen aufgrund der Begleiterkrankungen oder Folgeerscheinungen ihrer Behinderung in vielen Fällen Medikamente, die in der Regel nicht verschreibungspflichtig und daher nicht mehr verordnungsfähig sind. Beispielfhaft seien Abführmittel bei

gehbehinderten Menschen oder schleimlösende Mittel genannt. Die Ausnahmeregelungen für OTC-Medikamente erstrecken sich nach dem Wortlaut des Gesetzes jedoch nicht auf typische Begleiterkrankungen von Menschen mit Behinderungen. Das Gesetz muss daher entsprechend erweitert werden. Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP fordern seit vielen Jahren, dass § 34 Absatz 1 SGB V dahingehend erweitert wird, dass der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen kann, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht nur bei schwerwiegenden Erkrankungen, sondern auch bei Begleiterkrankungen schwerwiegender Behinderungen als Therapiestandard gelten und somit aus dem SGB V refinanziert werden können.

Situation von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen bei Krankenhausaufenthalten verbessern

Bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderung haben einen spezifischen Bedarf an Assistenz, der auch während eines Krankenhausaufenthalts oder eines Aufenthalts in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung gedeckt sein muss. Menschen mit Behinderung müssen die Möglichkeit haben, ihre besonderen Pflege- und Assistenzkräfte als Begleitpersonen ins Krankenhaus und in die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mitnehmen zu können. Oftmals sind nur diese Assistenzkräfte in der Lage, entsprechend der spezifischen Bedürfnisse diese Patienten zu pflegen, das ärztliche und pflegerische Personal im Krankenhaus über diese spezifischen Bedarfe zu informieren und das Krankenhauspersonal entsprechend zu begleiten. Der Gesetzgeber hat im Assistenzpflegegesetz geregelt, dass Menschen mit Behinderung, die Arbeitgeber für ihre Assistenzkräfte sind, die Möglichkeit haben, diese während ihrer stationären Krankenbehandlung weiter zu beschäftigen und zu –finanzieren. Ebenso wie die GRÜNEN in ihrem Antrag haben der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP schon damals darauf hingewiesen, dass auch Menschen mit Behinderung, die keine Assistenzkräfte beschäftigen sowie andere Gruppen pflegebedürftiger Menschen darauf angewiesen sind während eines über die Dauer von vier Wochen hinausgehenden Aufenthalts im Krankenhaus oder aber in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die Pflegebereitschaft ihrer Pflegeperson aufrechtzuerhalten. Diesem Zweck dient die Fortzahlung des Pflegegeldes, die in § 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI jedoch nur für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder bei stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation vorgesehen ist. Auch die Erstattung der Beiträge zur Rentenversicherung von Pflegepersonen endet nach § 34 Abs. 3 SGB XI mit Ablauf der vierwöchigen Fortzahlung des Pflegegelds bei Krankenhausaufenthalt. Für die Dauer eines Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalts können die Pflegepersonen kein alternatives Beschäftigungsverhältnis eingehen. Daher soll das Pflegegeld nicht nur pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung, die einen Assistenten im Arbeitgebermodell beschäftigen, weitergewährt werden, sondern allen häuslich von Pflegepersonen betreuten pflegebedürftigen Menschen, sofern deren Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung länger als vier Wochen dauert. Das Pflegegeld soll während der Gesamtdauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung fortgewährt werden.

Darüber hinaus soll die Mitaufnahme einer Pflegeperson nach § 11 Abs. 3 SGB V grundsätzlich möglich sein, wenn es nach dem Erfordernis des Einzelfalls medizinisch geboten und erforderlich ist. § 11 Absatz 3 Satz sieht jedoch nur die Mitaufnahme einer Pflegekraft vor, wenn ein Mensch mit Behinderung eine Assistenzkraft im Arbeitgebermodell beschäftigt. Diese Einschränkung ist aufzuheben. In § 11 Absatz 3 ist am Schluss des Satzes zu ergänzen: „oder aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Assistenzkraft erforderlich ist.“

In der Praxis muss zudem gewährleistet sein, dass die Krankenkasse auch in all diesen Fällen die Kosten für einen etwaigen Verdienstaufschlag trägt, entsprechend den Regelungen bei Verdienstaufschlag wegen eines kranken Kindes (§ 45 Abs. 4 SGB V) oder den Verdienstaufschlagregeln bei Begleitpersonen im Bereich der Rehabilitation nach § 53 Abs. 1 SGB IX.

Wir unterstützen die Forderung der GRÜNEN, das Krankenhausentlassmanagement zu optimieren. Im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes haben wir dazu vorgeschlagen, dass Hilfsmittel und Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die im Rahmen des Entlassmanagements verordnet werden, grundsätzlich für die Dauer von bis zu 7 Tagen als genehmigt gelten, da die Krankenkasse nach der Neuregelung in § 39 Absatz 1a SGB V unmittelbarer Akteur des Entlassmanagements ist.

Zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern

Menschen mit einer Behinderung oder Pflegebedürftige haben häufig Schwierigkeiten, ihre tägliche Mund- und Zahnhygiene ausreichend und selbständig durchzuführen, insbesondere, wenn sie motorisch oder kognitiv eingeschränkt sind. Wissenschaftliche Studien zur Entwicklung der Kariesverbreitung und des Kariesbefalls belegen, dass diese Personengruppen einen deutlich schlechteren Zahn- und Mundgesundheitsstatus aufweisen als der Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Die schlechte Zahn- und Mundgesundheit zieht gerade bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit einer Behinderung gravierende Folgen für ihre Allgemeingesundheit nach sich. Bleiben Karies, Parodontitis oder Gingivitis unbehandelt, kann dies schwere Erkrankungen der Lunge oder des Herz-Kreislauf-Systems zur Folge haben. Bei pflegebedürftigen Menschen treten nicht selten in Folge eines nicht mehr funktionierenden Kauapparats oder aufgrund von Erkrankungen der Mundschleimhaut Probleme der Fehl- und Mangelernährung auf. Der Gesetzgeber hat im Versorgungsstärkungsgesetz nun mit Einführung eines § 22a SGB V reagiert, was wir nachdrücklich begrüßen und unterstützen. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Präventionsmanagement, das die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über Mundhygiene und vor allem die Erstellung eines individuellen Plans zur Mund- und Prothesenpflege umfasst, stellt einen wesentlichen Schritt zur Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit dieser Personengruppen dar.

Nachbesserungsbedarf sehen wir noch bei den anästhesiologischen Leistungen in § 87b Absatz 1 Satz 5 SGB V. Die Vergütung für die Narkoseleistung ist nur für Menschen mit einer geistigen Behinderung oder für Menschen mit starken Einschränkungen ihrer Bewegungsfähigkeit vorgesehen. Aber auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen aufgrund von Demenzerkrankungen sind bei der zahnärztlichen Behandlung nur eingeschränkt kooperationsfähig. Diese Gruppe muss in § 87b Absatz 1 Satz 5 ergänzt werden.

Etablierung von Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung

Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) begrüßen nachdrücklich, dass der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz die Grundlage für die Errichtung von Medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit einer Behinderung schafft. Der CBP hatte sich gemeinsam mit den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung seit vielen Jahren für dieses Anliegen eingesetzt. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen oder schwerst mehrfachen Behinderung haben sich die Sozialpädiatrischen Zentren bewährt. Sofern Jugendliche bei Erreichen der Altersgrenze von 18 Jahren weiterhin einer spezifischen Behandlung bedürfen, die im Regelversorgungssystem nicht gewährleistet ist, wird mit dem MZEB künftig die Versorgungskontinuität sichergestellt.

Gleichzeitig betont die Caritas, dass es eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik, der Selbstverwaltung und auch der Bundes- und Landeskammern der Ärzte ist, die gesundheitliche Versorgung auch schwerst mehrfach behinderter Menschen im Regelsystem zu gewährleisten. Es ist sicherzustellen, dass die spezifischen gesundheitlichen Belange von Menschen mit einer Behinderung im Regelkanon der Ausbildungen der Ärzte grundlegend verankert werden. Des Weiteren müssen Arztpraxen räumlich, sächlich und personell barrierefrei ausgestaltet werden, um die Anzahl der zu ermächtigenden Zentren auf das erforderliche Mindestmaß zu begrenzen, wie oben schon ausgeführt. Insofern stellt das MZEB die dritte Versorgungsstufe nach der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung dar.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung haben eine Rahmenkonzeption erarbeitet, die klare Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme der MZEB definiert. Danach sollen Menschen mit Behinderung Zugang zum MZEB erhalten, wenn für die Anamneseerhebung, Diagnostik, Untersuchung und Therapie aufgrund der Behinderung spezielle Settings und Arrangements notwendig sind. Das ist z. B. der Fall, wenn neben hohen kommunikativen Einschränkungen besondere Ausprägungen von Symptomen auftreten, die eine gezielte Suche nach Erkrankungen hinter der komplexen Symptomatik einer vorbestehenden Behinderung erforderlich machen. Auch neu auftretende Verhaltensbesonderheiten können eine Abklärung erforderlich machen, ob die Behinderung oder aber dahinter stehende Erkrankungen die Ursache sind.

Medizinische Zentren müssen daher folgende Voraussetzungen für die Gesundheitsversorgung der genannten Zielgruppen bieten: Sie müssen eine fachliche Expertise und Handlungskompetenz in Bezug auf Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention und sozialmedizinische Beurteilung aufweisen. Des Weiteren müssen sie eine zielgruppenspezifische Kommunikation ermöglichen, z. B. durch einfache Sprache, Bilder, unterstützte Kommunikation, andere Kommunikationshilfsmittel und Assistenz. Sie müssen interdisziplinär und multiprofessionell arbeiten. Neben Ärzten müssen auch Pflegefachkräfte, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Musiktherapeuten oder Therapeuten besonderer Therapieeinrichtungen, Heilpädagogen, Sozialarbeiter und Medizinisch-technische Assistenten Bestandteil des Teams sein können. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzgeber mit dem neuen § 43b SGB V klarstellt, dass die im MZEB behandelten Menschen mit einer Behinderung analog zu § 43a SGB V auch ausdrücklich Anspruch auf Behandlung durch die eben genannten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufsgruppen haben. Allerdings greift

es zu kurz, den Anspruch auf nicht-ärztliche Leistungen auf die Früherkennung von Erkrankungen und die darauf gerichtete Aufstellung eines Behandlungsplans zu ergänzen. Diese Formulierung ist § 43a SGB V zu den Sozialpädiatrischen Zentren entlehnt, wo sie auch Sinn macht, denn gerade bei Kindern mit Behinderung spielt die Früherkennung von Erkrankungen durch nicht-ärztliches heilpädagogisches Personal eine wesentliche Rolle. Die Früherkennung von Erkrankungen ist auch bei erwachsenen Menschen mit einer Behinderung grundsätzlich wichtig. Es geht aber darüber hinaus auch grundsätzlich darum, bei Erkennung einer Erkrankung unabhängig von ihrem Stadium den Behandlungserfolg durch multiprofessionelle Bestandsaufnahme und Zusammenarbeit zu sichern. Daher ist die Engführung auf die Früherkennung einer Erkrankung zu streichen.

Freiburg/ Berlin, den 29. April 2015
Prof. Dr. Georg Cremer
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Deutscher Caritasverband

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband, Berliner Büro, Tel. 030 284447-46, elisabeth.fix@caritas.de

Dr. Franz Fink, Leiter des Referats Alter, Pflege, Behinderung, Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 366; franz.fink@caritas.de

Janina Bessenich, stellvertretende Geschäftsführerin Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP), Tel. 0761 200 664, janina.bessenich@caritas.de