

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 04.05.2021

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit
Behinderung unverzüglich menschenrechtskonform
gestalten“,
Bundestagsdrucksache 19/27874**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zu einzelnen Forderungen	5
Barrierefreier Zugang in die Versorgung	5
Barrierefreie Informationen und Leichte Sprache	8
Prävention	8
Versorgungsformen/-gestaltung	9
Versorgung mit Hilfsmitteln.....	11
Eintritt der Genehmigungsfiktion	15
Versorgung mit Arzneimitteln.....	17
Entlassmanagement nach § 39 SGB V	18
Modifikation § 43a SGB XI.....	18
Assistenzpflege in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	19
Wirkungsvolle Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“	20
Versorgungsforschung	22
Mittelfristige Reduktion der Zuzahlungen nach § 61 SGB V	22
Schutzschirmregelungen für sozialpädiatrische Zentren und medizinische Behandlungszentren	23
Familienpflegerische Leistungen der Haushaltshilfe	24

I. Vorbemerkung

Die Umsetzung der 2009 von Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) nimmt politisch wie gesellschaftlich einen hohen Stellenwert ein. Die Reform der Eingliederungshilfe als zentrales behindertenpolitisches Vorhaben der letzten Legislaturperiode befindet sich aktuell noch in der Umsetzung. Mit dem kürzlich verabschiedeten Teilhabestärkungsgesetz werden weitere Verbesserungen für Menschen mit Behinderung erreicht sowie Teilhabemöglichkeiten gestärkt.

Die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung in allen gesellschaftlichen Bereichen setzt eine an den komplexen Versorgungsbedarfen ausgerichtete gesundheitliche wie pflegerische Versorgung voraus. Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen unterstützen das Leitbild einer inklusiven Gesellschaft, deren inhaltlicher Bezugspunkt die UN-BRK darstellt. Ebenso sehen sie sich in der Verantwortung, ihre Teilhabeziele konsequent zu verfolgen. Die Kranken- und Pflegekassen leisten einen wichtigen Beitrag, indem sie qualitativ hochwertige medizinische wie auch pflegerische Leistungen finanzieren, mit denen behinderungsbedingte Einschränkungen gemindert, überwunden oder Verschlechterungen verhindert werden können.

Insgesamt zeichnet sich das Gesundheitssystem durch eine hohe Leistungsfähigkeit aus und ist grundsätzlich in der Lage, die komplexen Bedarfslagen der Betroffenen angemessen zu berücksichtigen und sie am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben zu lassen. Teilhabeaspekte und Barrierefreiheit sind auch vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft mit zunehmend altersassoziierten Beeinträchtigungen fester Bestandteil bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Um diesen Entwicklungsprozess nachhaltig erfolgreich im Sinne aller Betroffenen zu gestalten, wird das grundsätzliche Anliegen des Antrags geteilt, bestehende Defizite in der Versorgung zu identifizieren und diesen mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen. Bei allen bestehenden Verbesserungsmöglichkeiten und Optimierungsbedarfen wird die in einigen Punkten erkennbare Auffassung, die behindertenpolitische Perspektive würde in den sozialrechtlichen Grundlagen und der Versorgungspraxis keine ausreichende Berücksichtigung finden, seitens des GKV-Spitzenverbandes nicht geteilt.

Einige der in dem Antrag formulierten Forderungen nehmen Bezug auf Schnittstellen der Sozialversicherungsbereiche und adressieren die Leistungsansprüche der Betroffenen gegenüber der Kranken- und Pflegeversicherung. Die komplexen Versorgungslagen von Menschen mit Behinderung erfordern insbesondere im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe trägerübergreifende Beratung, Planung und Koordination. Deutschland verfügt hier über ein stetig

gewachsenes und funktionsfähiges gegliedertes System, das durch verschiedene Sozialleistungsträger mit jeweils spezifischem sozialrechtlichen Auftrag geprägt ist. Dies garantiert den Betroffenen ein breites Angebotsspektrum mit individuellen, passgenauen Leistungen. Der im Jahr 2001 mit der Schaffung des SGB IX formulierte Grundsatz einer stärkeren trägerübergreifenden Vorgehensweise erweist sich als sehr anspruchsvoll. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wie auch die anderen Rehabilitationsträger werden ihrer Verantwortung weiterhin nachkommen und stetig hinterfragen, wie innerhalb der bestehenden Strukturen die Ansprüche und Leistungen – im Sinne der Betroffenen und im Rahmen der jeweiligen Trägerzuständigkeit – besser miteinander koordiniert, abgestimmt und transparent gemacht werden können.

Zu einzelnen Forderungen Der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird im folgenden Abschnitt II – gegliedert nach angesprochenen Themen und Leistungsbereichen – detailliert Stellung bezogen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Forderungen

Barrierefreier Zugang in die Versorgung

Die Antragstellenden sehen die Erfordernis bei den Ländern, auf eine Stärkung der Barrierefreiheit als Qualitätskriterium in der Krankenhausplanung hinzuwirken, bei der Selbstverwaltung darauf hinzuwirken, dass in die Vorschriften zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung konkrete und nachhaltige Zielvorgaben zum künftigen Anteil barrierefreier vertragsärztlicher Leistungserbringer aufgenommen werden und die Barrierefreiheit als verbindliches Kriterium bei der Neuschaffung von Praxisräumlichkeiten im Rahmen der Neuzulassung von vertragsärztlichen Leistungserbringenden und Heilmittelerbringenden sowie bei der Präqualifizierung von Hilfsmittelerbringenden eingestuft wird. Ferner soll bei der Neubesetzung eines Vertragsarztsitzes in überversorgten Gebieten durch eine Änderung des § 103 Absatz 4 SGB V sichergestellt werden, dass eine Neubesetzung eines Vertragsarztsitzes nur noch an barrierefreie Praxen erfolgt (vgl. Forderung Nr. 2)

Die Forderung, im Bereich der **stationären Versorgung** Barrierefreiheit als ein Qualitätskriterium in der Krankenhausplanung zu betrachten, ist grundsätzlich zu begrüßen. Bereits heute nehmen einige Krankenhauspläne bestimmte Anforderungen zur Barrierefreiheit auf. So sind Bereiche, die regelmäßig von Patientinnen und Patienten genutzt werden, barrierefrei zu bauen. Bei Krankenhausneubauten dürfte die barrierefreie Gestaltung aller relevanten Bereiche bereits Standard sein, bei Umbauten werden Einzelfallentscheidungen zu treffen sein. Inwieweit hier tatsächlich Ergänzungen der Krankenhauspläne erforderlich sind oder nur die Umsetzung schon bestehender Regelungen zu forcieren ist, wäre zu prüfen. Wichtiger als die Krankenhauspläne, bei denen letztlich keinerlei Transparenz- und Qualitätssicherungsverfahren nachgeschaltet sind, dürften die bundesweit gültigen Regularien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sein. Nach den verbindlichen Vorgaben des G-BA sind in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser bereits heute Aussagen zur Barrierefreiheit zu treffen. Hierfür wurde ein eigenes Kapitel in die Darstellung der Struktur- und Leistungsdaten aufgenommen.

Im Bereich der **ambulanten Versorgung** sind bereits eine Vielzahl von konkreten Vorgaben zur Barrierefreiheit für die vertragsärztliche Versorgung umgesetzt. Für die vertragsärztliche Versorgung gilt, dass die Versorgung von Menschen mit Behinderung selbstverständlich zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört und von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auch umgesetzt wird. Die Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen im Sinne von Barrierefreiheit wurde in den Gremien der Selbstverwaltung bereits umfangreich diskutiert und in den entsprechenden Vereinbarungen verankert. So ist beispielsweise in der

Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt, dass infrastrukturelle Besonderheiten wie die Barrierefreiheit regionale Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA begründen können. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten. Hinsichtlich des Nachbesetzungsverfahrens sind bereits Kriterien definiert, die der Zulassungsausschuss bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen hat, darunter explizit auch Versorgungsgesichtspunkte wie die Barrierefreiheit. Darüber hinaus ist bei den Analysen zur regionalen Versorgung im Bedarfsplan künftig auch auf die Frage der Barrierefreiheit einzugehen.

Die Bedarfsplanung sieht damit bereits verschiedene Regelungen zur Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen im Sinne der Barrierefreiheit vor. Durch die Festlegung bundesweiter Zielvorgaben, wie im Antrag gefordert, kann darüber hinaus aus diesseitiger Sicht keine Verbesserung der tatsächlichen Versorgungssituation erreicht werden, da sich der Bedarf an barrierefreien Versorgungsangeboten qualitativ und quantitativ sehr heterogen darstellt. Hier kommt es ganz entscheidend auf die Bewertung der jeweiligen Versorgungssituation und die Gestaltung der Versorgung vor Ort an.

Auch in der **Arzneimittelversorgung** werden Anforderungen an die Barrierefreiheit von Apotheken gestellt. Die Barrierefreiheit wird explizit in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) geregelt. Nach § 4 Absatz 2a ApBetrO sollen Apotheken „barrierefrei erreichbar sein“. Der GKV-Spitzenverband sieht hinsichtlich der Arzneimittelversorgung von Menschen mit Behinderung keinen Bedarf zur Änderung der bestehenden Regelungen.

In der **Heilmittelversorgung** soll die Barrierefreiheit laut Antrag als verbindliches Kriterium bei der Neuzulassung von Praxisräumen bei Heilmittelerbringenden festgelegt werden. Mit dem TSVG sind die Verträge zur Heilmittelversorgung vom GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringenden auf Bundesebene zu schließen. Diese beinhalten unter anderem auch die räumlichen Zulassungsbedingungen und enthalten nach Maßgabe von § 125 Absatz 4 SGB V eine gemeinsame Empfehlung, dass neu zuzulassende Praxisräume barrierefrei zugänglich sein sollen. Zudem wird der GKV-Spitzenverband in der im Aufbau befindlichen Therapeutensuche für Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit auch über barrierefreie Praxen informieren.

Eine verpflichtende Barrierefreiheit ist aus Patientensicht vor dem Hintergrund eines verbesserten Leistungszugangs und der Umsetzung einer freien Wahl des Therapeuten für den von Behinderungen betroffenen Personenkreis begrüßenswert. Da laut dem Antrag nur neue Praxen

verpflichtend barrierefrei sein sollen, dürften sich aufgrund der damit verbundenen höheren Investitionskosten wettbewerbliche Verzerrungen zwischen Bestandspraxen und Neupraxen sowie vergütungsrechtliche Fragen ergeben. Zudem könnten aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen Hemmnisse bei der Neuzulassung von Praxen entstehen, die gegebenenfalls auch negative Auswirkungen auf das Versorgungsangebot insbesondere in ländlichen Regionen haben können. Die nachvollziehbare und berechtigte Forderung nach einem durchgängig barrierefreien Zugang kann daher nur insoweit durchgesetzt werden, wie es das Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung auch in strukturschwachen oder ländlichen Räumen nicht gefährdet. Steuerfinanzierte Förderprogramme zur Förderung barrierefreier Praxen könnten gegebenenfalls zielgenauer und bedarfsgerechter wirken, als eine verbindliche gesetzliche Vorgabe.

Im **Hilfsmittelbereich** bilden die Empfehlungen des GKV–Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V die Grundlage der Präqualifizierung von Hilfsmittelerbringern. Die Empfehlungen enthalten für Neubetriebe Regelungen, die die Barrierefreiheit betreffen, da gerade im Hilfsmittelbereich Menschen mit Behinderungen versorgt werden. So werden etwa in bestimmten Versorgungsbereichen, bei denen Menschen mit Gehbehinderung häufig anzutreffen sind, ein behindertengerechter Zugang und eine behindertengerechte Toilette gefordert. Als Neubetrieb gelten auch Betriebe, in denen ein Generationenwechsel stattfindet. Nur wenn ein Umbau nicht möglich ist, zum Beispiel, weil ein Gebäude denkmalgeschützt ist, kann nach Bestätigung durch einen Bausachverständigen von der Regelung abgewichen werden.

Die Regelungen des GKV–Spitzenverbandes gewährleisten einen sanften Umstieg zu mehr Barrierefreiheit, da eine zu restriktive Umsetzung die Weiterführung von Betrieben und damit eine wohnortnahe Versorgung gefährden würde. Viele Betriebe geben auf ihren Internetseiten bekannt, ob ein barrierefreier Zugang vorhanden ist.

Die Barrierefreiheit als verbindliches Kriterium bei der Präqualifizierung von Hilfsmittelleistungserbringenden ist angesichts der schon bestehenden vorgenannten Regelungen nicht erforderlich. Darüber hinaus ist die Notwendigkeit der Regelungstiefe zur Barrierefreiheit nach Hilfsmittelart sehr unterschiedlich und kann in den Empfehlungen produktspezifisch und praxisnäher umgesetzt werden. Dem würde eine einheitliche und pauschale Verpflichtung entgegenstehen. Die Abwägung der Umsetzbarkeit der Maßnahmen zur Barrierefreiheit in den Betrieben sowie deren flächendeckender Erhalt und die Bedeutung für die Versicherten kann bei der Fortschreibung der vorgenannten Empfehlungen individuell gelöst werden. Die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten hat dabei ein gesetzliches Mitberatungsrecht, was bisher auch intensiv ermöglicht und wahrgenommen wurde.

Barrierefreie Informationen und Leichte Sprache

Gemäß der Forderung 4 soll die Bundesregierung vom Bundestag aufgefordert werden, alle gesetzlichen Krankenkassen sowie Anbieter von Gesundheitsleistungen einschließlich Präventionsangeboten zu verpflichten, barrierefrei erreichbare Informationen nach dem Zwei–Sinne–Prinzip und in Leichter Sprache bereitzustellen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen und andere öffentliche Stellen gilt bereits heute auf Basis nationaler Gesetze die Verpflichtung, Informationen barrierefrei erreichbar zur Verfügung zu stellen. In der Begründung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu diesem Antrag wird darauf Bezug genommen. Handlungsbedarf könnte daher lediglich bei den privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten bestehen. Diese zur barrierefreien Veröffentlichung ihrer Informationen nach dem Zwei–Sinne–Prinzip und in Leichter Sprache zu verpflichten, ist folgerichtig und wird begrüßt.

Prävention

Die Bundesregierung soll vom Bundestag aufgefordert werden, ein ausreichendes Angebot von Maßnahmen der Primär–, Sekundär– und Tertiärprävention sicherzustellen, das sich an den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderungen orientiert (Forderung Nr. 5).

Der Leitfaden Prävention des GKV–Spitzenverbandes, in dem die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt werden, wird unter Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen der Menschen mit Behinderungen (Beratende Kommission des GKV–Spitzenverbandes für Primärprävention und Gesundheitsförderung) kontinuierlich weiterentwickelt. Der Leitfaden Prävention beinhaltet sowohl über den Ansatz der Lebenswelten (Kommune, Kita, Schule) als auch bei individuellen Gesundheitskursen in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum Angebote, die regelhaft auch für Menschen mit Behinderungen in Frage kommen und dem Inklusionsgedanken Rechnung tragen können. Die Krankenkassen informieren über die Gesundheitskursangebote auf ihren Internetseiten und weisen dabei auch aus, ob es sich um ein barrierefreies Kursangebot handelt. Für das Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten ist zu berücksichtigen, dass mit dem Rehabilitationssport und dem Funktionstraining spezifische Angebote vorgesehen sind, die den Rehabilitationsprozess stärken und die Ziele verfolgen, den behinderten Menschen bzw. den von Behinderung bedrohten Menschen zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig

selbständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining und Sport zu betreiben bzw. ihn möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Als zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen besonders geeignete Lebenswelt benennt der Leitfaden Prävention Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Die Krankenkassen haben sich in den im Leitfaden Prävention definierten Präventions- und Gesundheitsförderungszielen 2019 bis 2024 als ein Ziel für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten gesetzt, die Zahl und den Anteil der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten für Menschen mit Behinderungen und der damit erreichten Personen zu erhöhen und dokumentieren den Grad der Zielerreichung in den jährlichen GKV-Präventionsberichten.

Der Änderung gesetzlicher Regelungen bedarf es daher grundsätzlich nicht.

Versorgungsformen/-gestaltung

Die Selbstverwaltung soll die Vorgabe erhalten, dass die Behandlung von Menschen mit Behinderung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab gesondert abgebildet wird (Forderung Nr. 7).

Mit der Einführung der Medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V wurde ein Versorgungsangebot geschaffen, das sich gezielt an Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen richtet. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (nach § 87 Absatz 2 SGB V) mit Wirkung zum 1. April 2020 der Stellenwert der sprechenden Medizin im Einheitlichen Bewertungsmaßstab deutlich erhöht. Höhere oder auch niedrigere Aufwände in der Behandlung von Versicherten sind grundsätzlich im Rahmen der mischkalkulatorischen Herangehensweise im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt. Daher wird ein Handlungsbedarf nicht gesehen.

Es soll darauf hingewirkt werden, dass weitere medizinische Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB) zur Versorgung von erwachsenen Menschen mit kognitiven oder mehrfachen Behinderungen geschaffen werden und durch entsprechende Klarstellung als Teil der vertragsärztlichen Versorgung definiert werden (Forderung Nr. 8).

MZEB sind auf die Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen spezialisiert und dadurch in besonderem Maße in der Lage, den betreffenden eine hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung anbieten zu können. Der Ausbau eines bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Angebotes, das den besonderen

Versorgungsbedarfen der betroffenen Patientinnen und Patienten Rechnung trägt, wird ausdrücklich unterstützt. Allerdings sind MZEB bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Die Ermächtigung entsprechender Medizinischer Behandlungszentren ist in § 119c SGB V geregelt. Insofern lässt sich aus dem Antrag kein unmittelbarer Regelungsbedarf ableiten.

Die Bundesregierung soll aufgefordert werden, die psychotherapeutische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung durch die Weiterentwicklung der fachlichen und strukturellen Voraussetzungen in der Regelversorgung und den Ausbau spezialisierter Angebote zu verbessern. Dabei soll die psychiatrische Krankenpflege, Rehabilitation, Soziotherapie und Ergotherapie mit einbezogen werden (Forderung Nr. 9).

Die Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten wurde Ende 2019 mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung grundlegend verändert. Der Deutsche Psychotherapeutentag hat inzwischen eine Muster–Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschlossen, die in den gebietsübergreifenden Kompetenzen aller Fachgebiete unter anderem vertiefte Fachkenntnisse im Bereich der Berücksichtigung menschlicher Diversität in der Psychotherapie auch in Bezug auf Beeinträchtigungen vorsieht und damit den Blick auch auf die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit kognitiven, sprachlichen und geistigen Einschränkungen richtet.

Die Psychotherapie–Richtlinie, die die vertragsärztliche Versorgung psychischer Erkrankungen regelt, sieht bereits seit 2018 höhere Zeitkontingente für Menschen mit einer geistigen Behinderung insbesondere für den Erstkontakt in Form der Psychotherapeutischen Sprechstunde, aber auch für die probatorischen Sitzungen als Einleitung in eine sich anschließende Richtlinien­therapie vor.

Darüber hinaus wird der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch Kranker mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschließen. Mit dem Ziel die Versorgung zu verbessern und die Effizienz durch die Koordination der Versorgung zu erhöhen können in diese Richtlinie auch weitere Versorgungsbereiche wie Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege einbezogen werden.

Insofern hält der GKV–Spitzenverband vor dem Hintergrund dieser umfangreich ergriffenen Maßnahmen einen weiteren Ausbau spezialisierter Angebote zum gegenwärtigen Zeitpunkt für nicht angezeigt.

Mit dem Antrag wird eine Stärkung und Förderung integrierter Versorgungsmodelle und der Kooperation von Einrichtungen mit ambulant tätigen Leistungserbringern in interdisziplinärer Arbeitsteilung gefordert (Forderung 10).

Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigen durch die Stärkung integrierter Versorgungsmodelle und Kooperationen wird ausdrücklich unterstützt. Ungeachtet dessen ist die ambulante Versorgung von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigen Bestandteil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen und ist damit Bestandteil des Versorgungsauftrages der Vertragsärztinnen und -ärzte. Um die Versorgung zu verbessern, wurde unter anderem der § 119b SGB V gesetzlich verankert, der bereits explizit vorsieht, dass stationäre Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf Kooperationsvereinbarungen mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen haben und dabei von den Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt werden. Darüber hinaus gibt es verschiedene Projekte im Rahmen des Innovationsfonds, die die Möglichkeiten von Kooperation und Koordination sowie sektorenübergreifender Versorgungskonzepte im Zusammenhang mit der Versorgung behinderter und pflegebedürftiger Menschen untersuchen. Für eine weitere Konkretisierung möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in diesem Bereich könnten sich aus den Evaluationen der Innovationsfondprojekte wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung der Regelversorgung ergeben.

Versorgung mit Hilfsmitteln

Gemäß der Forderung 11 soll in allen Sozialgesetzbüchern klargestellt werden, dass auch die Versorgung mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich dem Teilhabeanspruch nach der UN-Behindertenrechtskonvention hinreichend Rechnung tragen muss und sich nicht auf die Bewältigung der für die Deckung des „physischen Existenzminimums“ notwendigen Aktivitäten beschränken darf. Aus der Begründung zu dieser Forderung geht weiter hervor, dass insbesondere die Festbetragsregelungen für Hörgeräte vor diesem Hintergrund dahingehend zu prüfen sind, ob sie dem Teilhabeaspekt gerecht werden.

Die BSG-Rechtsprechung hat hinsichtlich des Leistungsanspruchs in zahlreichen Urteilen zwischen Hilfsmitteln zum mittelbaren und unmittelbaren Behinderungsausgleich unterschieden. Bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich wird die ausgefallene oder beeinträchtigte Organfunktion ersetzt (zum Beispiel Beinprothesen), während Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich nur die Folgen einer Behinderung ausgleichen (zum Beispiel Rollstuhl). Letztere Hilfsmittel seien – so das BSG – von der gesetzlichen Krankenversicherung nur

zu gewähren, wenn sie die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigen oder mildern und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen. Dem lag die Erwägung zugrunde, dass sich der direkte Behinderungsausgleich in allen Lebensbereichen auswirkt und damit immer ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betroffen ist, während dies beim mittelbaren Behinderungsausgleich im Einzelfall geprüft werden muss.

Diese Beschränkung der Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auf Hilfsmittel, die im alltäglichen Lebensbereich für die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens benötigt werden, hatte laut ständiger Rechtsprechung ihren Grund in der funktional gegliederten Struktur des deutschen Sozialsystems mit unterschiedlichen Aufgabenzuweisungen, Zuständigkeiten und Finanzierungsformen, in dem die gesetzliche Krankenversicherung (nur) für die medizinische Rehabilitation zuständig ist. Über die allgemeine medizinische Rehabilitation hinausgehende Bedarfslagen werden gegebenenfalls von anderen Sozialleistungen erfasst.

In der jüngeren Rechtsprechung des BSG wird die Relevanz der Unterscheidung zwischen mittelbarem und unmittelbarem Behinderungsausgleich relativiert, und es werden die Einzelfallumstände für die Leistungsentscheidung in den Vordergrund gerückt. So wird in dem BSG-Urteil vom 7. Mai 2020, B 3 KR 7/19 R ausgeführt, dass ein Anspruch auf die im Einzelfall ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung, nicht jedoch auf eine Optimalversorgung besteht. Im Ergebnis komme es daher auf den Umfang der mit dem Hilfsmittel zu erreichenden Gebrauchsvorteile an, ohne dass hierfür maßgeblich die Unterscheidung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich heranzuziehen wäre. Der Anspruch auf ein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung zum Behinderungsausgleich sei danach nicht von vornherein auf einen Basisausgleich im Sinne einer Minimalversorgung beschränkt.

Durch diesen Paradigmenwechsel in der BSG-Rechtsprechung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung keine über die medizinische Rehabilitation hinausgehenden Teilhabeansprüche und Bedarfslagen aufgebürdet werden. Gleichzeitig wird aber der Weg für eine Auslegung des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Hilfsmittelanspruch) unter Beachtung der Teilhabeziele des SGB IX, insbesondere ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen, des verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbots des Art 3 Absatz 3 Satz 2 GG als Grundrecht und der Rechte aus der UN-Behindertenrechtskonvention erweitert. Weitere Klarstellungen in den Sozialgesetzbüchern sind daher derzeit nicht erforderlich.

Dass die Festbetragsregelungen für Hörhilfen unter dem Gesichtspunkt des Teilhabeaspektes zu prüfen wären, ist nicht nachvollziehbar. Gerade die Versorgung mit Hörgeräten wurde durch eine viel beachtete BSG-Entscheidung im Jahre 2009 (Urteil vom 17. Dezember 2009 – B 3 KR 20/08 R) dem unmittelbaren Behinderungsausgleich zugeordnet, ungeachtet dessen, dass dieses Kriterium angesichts der aktuellen Rechtsentwicklung nicht mehr entscheidend ist. Weiterhin hat das BSG ausgeführt, dass die Krankenkasse ihrer Leistungspflicht im Geltungsbereich einer Festbetragsfestsetzung bis zu dem jeweiligen Festbetrag zwar grundsätzlich genüge, der Hilfsmittelfestbetrag aber keine Leistungsbegrenzung bewirke, soweit er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreiche. In diesem Falle bleibe es bei der Verpflichtung der Krankenkasse zur – von Zuzahlungen abgesehen – kostenfreien Versorgung der Versicherten. Daher genügen Festbeträge grundsätzlich dem Teilhabeaspekt.

Gemäß Forderung 12 soll auf verbindliche erweiterte Qualitätsstandards für Verträge in der Hilfsmittelversorgung hingewirkt und sichergestellt werden, dass die Krankenkassen ihrer Pflicht, die Einhaltung vertraglicher und gesetzlicher Pflichten der Leistungserbringer zu prüfen, flächendeckend erfüllen.

Die vertragsrechtlichen Regelungen zum Hilfsmittelbereich sehen vor, dass den Versorgungsverträgen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen ist. Dadurch wird ein Qualitätsstandard für die Verträge bereits verbindlich vorgegeben. Durch die ab 2018 durchgeführte Revision des gesamten Hilfsmittelverzeichnisses, bei dem den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten ein umfassendes Mitberatungsrecht eingeräumt wurde, wurde das Qualitätsniveau im Hilfsmittelbereich nochmals deutlich angehoben. Darüberhinausgehende verbindliche Qualitätsstandards sind nicht geboten und würden den Qualitäts- und Vertragswettbewerb aushebeln.

Jährlich werden von mehr als 50.000 Leistungserbringenden über 30 Millionen Hilfsmittelversorgungen durchgeführt, von denen die meisten zur vollen Zufriedenheit der versicherten Personen „geräuschlos“ abgewickelt werden. Den Krankenkassen stehen viele gesetzliche Möglichkeiten und Instrumente zur Verfügung, um Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchzuführen. Diese werden auch von vielen Krankenkassen wahrgenommen, wobei Aufwand und Nutzen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Darüber hinaus verfügen die meisten Krankenkassen über ein Beschwerdemanagement, sodass versicherte Personen Fehlversorgungen auch offensiv anzeigen können. Ungeachtet dessen werden in Produktbereichen, in denen auffällig viele Fehlversorgungen stattfinden, auch Versichertenbefragungen durchgeführt.

Bei der immensen Zahl an Versorgungen und der insgesamt sehr guten Versorgungsqualität wäre es unverhältnismäßig, alle Versorgungen flächendeckend zu überprüfen und würde die Leistungserbringer unter einen Generalverdacht stellen.

Unter Ziffer 13 wird gefordert, das Mitberatungsrecht der anerkannten Patientenorganisationen nach § 140f SGB V bei der Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses und der Festlegung von Festbeträgen zu stärken.

Die Forderung ist nicht nachvollziehbar. Bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses und der Festbeträge wird den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten ein umfassendes Mitberatungsrecht eingeräumt, das überwiegend in konstruktiven Fachgesprächen wahrgenommen wird. Darüber hinaus nehmen die Interessenvertretungen auch an Sitzungen teil, in denen die Beschlüsse durch den GKV–Spitzenverband gefasst werden. Den Belangen der Interessenvertretungen wird in vielen Punkten Rechnung getragen. Das Mitberatungsrecht der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten ist in der vom BMG genehmigten Verfahrensordnung des GKV–Spitzenverbandes nach § 139 Absatz 7 SGB V zur Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses umfassend geregelt. So informiert der GKV–Spitzenverband die anerkannten Organisationen der Patientinnen und Patienten über die anstehende Prüfung der jeweiligen Produktgruppe und fragt den Fortschreibungsbedarf ab. Dadurch werden diese Organisationen bereits frühzeitig in das Verfahren eingebunden.

Gemäß Ziffer 16 sollen Möglichkeiten zur vorläufigen Genehmigung von Hilfsmitteln geschaffen werden. Begründet wird dies mit Hinweisen zu langen Genehmigungszeiten.

Im Hilfsmittelbereich wird vertraglich bei der überwiegenden Anzahl der Hilfsmittel bis zu bestimmten Wertgrenzen auf die Genehmigung im Vorfeld verzichtet, soweit dieses vertretbar ist. Mit der Abgabe des Hilfsmittels wird dieses gleichzeitig genehmigt. Komplexere Versorgungen unterliegen aus dem vorgenannten Grund der Genehmigung.

Im Übrigen gilt auch für Hilfsmittel die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a Satz 1 und 6 SGB V, wonach die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistung zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, oder in Fällen, in denen gutachtliche Stellungnahmen, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt werden, innerhalb von fünf Wochen zu entscheiden. Verstreicht die Frist ohne triftigen Grund, gilt die Leistung als genehmigt.

Damit existieren bei der Genehmigung von Hilfsmitteln bereits weitreichende vertragliche und gesetzliche Möglichkeiten, damit die Versorgungen zeitnah erfolgen. Eine grundsätzliche vorläufige Genehmigung ist daher nicht geboten und könnte einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zugunsten der Solidargemeinschaften entgegenstehen, da die Leistungen nicht dahingehend geprüft würden, ob sie medizinisch erforderlich und wirtschaftlich sind.

Forderung 17 stellt darauf ab, gemeinsam mit den Ländern im Rahmen der Aufsicht über die Krankenkassen darauf hinzuwirken, dass bei Hilfsmittelverträgen nach § 127 SGB V die gesetzlichen Vorgaben insbesondere zur notwendigen Beratung der Versicherten sowie zur wohnortnahen Versorgung umgesetzt werden.

Die zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel erforderlichen Dienstleitungen, wie die Beratung der Versicherten oder die Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel, sind grundsätzlich umfassend in den Verträgen geregelt und von den Leistungserbringern zu beachten.

Die Beratung muss im Übrigen dokumentiert werden, worauf in Ausnahmefällen vertraglich verzichtet werden kann. Die Krankenkassen lassen sich in angemessenem Umfang solche Dokumentationen vorlegen. Im Übrigen wird auf die Kommentierung der Forderung 12 verwiesen.

Eine wohnortnahe Versorgung kann durch vertragliche Regelungen indessen nicht immer gewährleistet werden, da diese voraussetzt, dass ein ortsansässiger Leistungserbringer überhaupt Vertragspartner und damit versorgungsberechtigt ist. Dies ist in strukturschwachen Gebieten unter Umständen nicht der Fall. Den Verträgen nach § 127 Absatz 1 SGB V kann (muss aber nicht) jeder vertragsungebundene Leistungserbringende zu gleichen Konditionen beitreten, sodass generell ein breite Streuung der Leistungserbringenden gegeben ist und wohnortnahe Versorgungen so weit wie praktisch realisierbar möglich sind. Da Ausschreibungen von Verträgen nicht mehr möglich sind, kommt es auch nicht mehr zu Exklusivversorgungsverträgen einzelner Leistungserbringender.

Eintritt der Genehmigungsfiktion

Entsprechend des Antrags (Forderung Nr. 14) der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN soll die Bundesregierung aufgefordert werden, § 13 Abs. 3a SGB V, § 18 SGB IX sowie § 40 Absatz 6 SGB XI dahingehend klarzustellend zu ändern, dass nach Eintritt der Genehmigungsfiktion der oder die Versicherte die Leistung von der Krankenkasse entweder als Naturalleistung oder bei Selbstbeschaffung in Form von Kostenerstattung verlangen kann und der Leistungsträger eine fingierte Leistungsgenehmigung nur zurücknehmen, widerrufen oder aufheben kann, wenn die

Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind sowie die Regelungen zur Genehmigungsfiktion auch auf das Widerspruchsverfahren zu erstrecken.

Gemäß § 13 Abs. 3a SGB V gilt bei nicht rechtzeitiger Leistungsentscheidung innerhalb der jeweiligen Fristen und fehlender Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung durch die Krankenkassen die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Seit ihrem Inkrafttreten am 26. Februar 2013 wird die leistungsrechtliche Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V durch zahlreiche Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) ausgelegt. Das im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in Bezug genommene Urteil des BSG vom 26. Mai 2020, B 1 KR 9/18 R, setzt sich mit den Folgen des Eintritts einer fingierten Genehmigung auseinander. Nach den Feststellungen des BSG entsteht durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V für die Versicherten das Recht auf Selbstbeschaffung der Leistung mit einem Anspruch auf Kostenerstattung, ein Sachleistungsanspruch sei aus dem Wortlaut des § 13 Abs. 3a SGB V aber nicht ableitbar, da sich weder die Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion im Sinne eines Verwaltungsaktes noch ein Sachleistungsanspruch als dessen Rechtsfolge ergebe. Nach der Intention des Gesetzgebers sei lediglich die Selbstbeschaffung der Leistung und die Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten – als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip – mit dem Zweck der Beschleunigung der Leistungsanspruchnahme und zur Sanktion der Krankenkassen vorgesehen. Aus diesem Grunde sei auch der Abs. 3a in § 13 SGB V „Kostenerstattung“ verortet worden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist nicht erkennbar, dass diese höchstrichterliche Rechtsprechung nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht, sodass kein Bedarf für eine gesetzliche Änderung gesehen wird.

Auch mit der Frage, ob es sich bei dem Eintritt der Genehmigungsfiktion um einen Verwaltungsakt handelt oder nicht, hatte sich die Rechtsprechung in der Vergangenheit mehrfach kontrovers auseinandergesetzt. Gemäß der aktuellen Rechtsprechung stellt die fingierte Genehmigung keinen Verwaltungsakt dar, sodass diese nun auch nicht mehr zurückgenommen, widerrufen oder aufgehoben werden muss. Entscheidend für die Beurteilung des wirksamen Eintritts der Genehmigungsfiktion sei das Vorliegen einer grob fahrlässigen Unkenntnis (Bösgläubigkeit) der Versicherten über den nicht vorhandenen Leistungsanspruch im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung selbst. Die Umstände, aus denen sich eine Bösgläubigkeit ableiten lässt, seien in der Praxis von den Krankenkassen nachzuweisen. Insofern sind die Hürden für die Krankenkassen, den Eintritt der Genehmigungsfiktion zu bestreiten, auch weiterhin hoch. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird kein Bedarf für die vorgeschlagenen Regelungsoptionen für gesetzliche Änderungen gesehen.

Mit der Frage, die Regelungen zur Genehmigungsfiktion auch auf das Widerspruchsverfahren zu erstrecken, hatte sich das BSG in der Vergangenheit ebenfalls auseinandergesetzt. Widerspruchsbescheide werden demnach nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da sich diese Vorschrift nur auf die von den Krankenkassen zu treffenden Leistungsentscheidungen bezieht und nicht auf die Entscheidung über einen Widerspruch gegen eine fristgerechte aber negative Leistungsentscheidung. Vor diesem Hintergrund ist der aufgezeigte Bedarf einer gesetzgeberischen Klarstellung bzw. Änderung ebenfalls nicht nachvollziehbar.

Versorgung mit Arzneimitteln

Gefordert (Nr. 18) wird die Schaffung einer Gesetzesgrundlage (in § 34 Absatz 1 SGB V), nach der der Gemeinsamen Bundesausschuss Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) zu ausnahmsweise erstattungsfähigen, nicht-verschreibungspflichtigen (OTC) Arzneimitteln, auf mögliche Ergänzungen um Präparate zur Behandlung von Folge- und Begleiterscheinungen von Behinderungen und chronischen Erkrankungen überprüfen soll.

Eine Erweiterung der Erstattungsfähigkeit für OTC-Arzneimittel erscheint nicht geboten. Mit § 2a SGB V besteht bereits die Verpflichtung, im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Dies gilt auch für die Regelungen der AM-RL und der Anlage I zur ausnahmsweisen Erstattungsfähigkeit von OTC-Präparaten. Für solche OTC-Arzneimittel, die Therapiestandard für die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung sind, sind in Anlage I der AM-RL umfassende Ausnahmeregelungen geschaffen worden. Eine Aufnahme in die Anlage kann durch Antrag beispielsweise eines pharmazeutischen Unternehmens bewirkt werden, die letzte Änderung der Anlage erfolgte am 15. April 2021. Das zeigt, dass bei Hinweisen auf konkreten Änderungsbedarf Anpassungen vorgenommen werden. Patientinnen und Patienten können solche Hinweise auch über die Stabsstelle Patientenbeteiligung an den G-BA geben.

Außerdem sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass bereits vor dem Ausschluss OTC-Arzneimittel überwiegend ohne Rezept abgegeben wurden. Es handelt sich im Schnitt um Arzneimittel im unteren Preissegment, die durch die Nicht-Geltung der Arzneimittelpreisverordnung auch einem intensiven Preiswettbewerb unterliegen. Dieser Preiswettbewerb wäre durch eine Erweiterung der Erstattungsfähigkeit gefährdet.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2021
zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die gesundheitliche Versorgung von
Menschen mit Behinderung unverzüglich menschenrechtskonform gestalten“,
Bundestagsdrucksache 19/27874
Seite 18 von 24

Entlassmanagement nach § 39 SGB V

In Nr. 19 wird gefordert, bei Krankenhäusern und Kostenträgern darauf zu dringen, dass das Entlassmanagement nach § 39 SGB V flächendeckend zu einem funktionierenden Fallmanagement beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung ausgebaut wird. Damit soll darauf hingewirkt werden, dass frühzeitig die notwendigen Leistungsanträge formuliert werden und keine Versorgungslücken beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung entstehen.

Der GKV-Spitzenverband teilt die Einschätzung von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dass auch nach der gesetzlichen Einführung des Entlassmanagements der Übergang vom Krankenhaus in die Anschlussversorgung in vielen Fällen nicht reibungslos funktioniert. Die Krankenkassen werden oftmals nicht frühzeitig über den patientenbezogenen Bedarf informiert. Seitens der Krankenhäuser wird nur selten Unterstützungsbedarf bei den Krankenkassen angezeigt; die Organisation der Anschlussversorgung übernimmt das Krankenhaus oftmals eigenständig. In der Konsequenz entstehen Verzögerungen in der Überleitung der Patientin und des Patienten in die Anschlussversorgung. Die Forderung, das Entlassmanagement verstärkt und verbindlich in die Praxis umzusetzen, ist daher zu begrüßen. Ein funktionierendes Fallmanagement im Krankenhaus flächendeckend zu etablieren und darüber frühzeitig Leistungsanträge bei der Krankenkasse zu stellen, ist ein notwendiger Schritt, um die sektorenübergreifende Überleitung der Patientin und des Patienten zu verbessern und für alle Beteiligten zu erleichtern.

Modifikation § 43a SGB XI

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN schlägt vor, den § 43a SGB XI zu modifizieren, um klarzustellen, dass der Wohnort im rechtlichen Kontext der Behindertenhilfe („besondere Wohnform“ nach § 42b SGB XII) immer als eigene Häuslichkeit anzuerkennen ist. (Forderung Nr. 20)

Die Modifizierung der bisherigen Regelung des § 43a SGB XI, mit welcher der Leistungsanspruch pflegebedürftiger Menschen mit Behinderungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung ausgeweitet werden soll, ist abzulehnen. Im Übrigen wird davon ausgegangen, dass die „besondere Wohnform“ nach § 42a SGB XII gemeint ist. Nach der aktuell gültigen Rechtslage des § 43a SGB XI übernimmt die Pflegekasse 15% der für die pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege vereinbarten Vergütungssätze nach Teil 2 des Kapitels 8 des SGB IX, maximal bis zu 266 Euro. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Die von der Fraktion BÜNDNIS/DIE GRÜNEN vorgeschlagene Umsetzung würde lediglich zu einer Kostenverlagerung

von den Trägern der Eingliederungshilfe hin zur Versichertengemeinschaft der Pflegeversicherung führen; künftig würde die Pflegeversicherung ambulante Leistungen unabhängig von der Versorgungsform leisten. Leistungsverbesserungen wären damit für die Betroffenen jedoch nicht verbunden.

Assistenzpflege in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Bestehende gesetzliche Regelungen im SGB V und SGB XII, nach denen Menschen mit Behinderungen sich durch eigene Assistenzpflegekräfte im Rahmen eines praktizierten Arbeitgebermodells in Krankenhäusern und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen unterstützen lassen können, sollen ausgeweitet werden (Forderung Nr. 21).

Über das offensichtliche Kernanliegen hinaus, Menschen mit Behinderungen weitergehende Ansprüche auf Assistenzpflege bei Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Vorsorge oder Rehabilitation einzuräumen, bleibt die konkrete Zielstellung des Antrags weitgehend offen. Während in Ziffer 21 des Antrags die Ausweitung der Regelungen in den §§ 11 Absatz 3 SGB V und 63b Abs. 3 SGB XII auf alle Menschen mit Behinderungen, die Assistenzpflegekräfte nach dem Arbeitgebermodell beschäftigen, gefordert wird, wird in den Ausführungen der Begründung die Schaffung eines neuen Rechtsanspruchs auf Krankenhausassistenz als eigenständige Assistenzleistung der Leistungen zur sozialen Teilhabe nach §§ 113 i.V.m 78 SGB IX für alle Menschen mit Behinderung, also auch außerhalb des Arbeitgebermodells, gefordert.

Soweit vor diesem Hintergrund der Antrag darauf gerichtet sein soll, den nach der aktuell geltenden Regelung des § 11 Abs. 3 SGB V bestehenden Anspruch GKV-Versicherter auf aus medizinischen Gründen notwendiger Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu erweitern, wird dies abgelehnt. Dieser Anspruch ist nach der geltenden gesetzlichen Regelung auf Versicherte begrenzt, die ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen (Arbeitgebermodell). Da stationäre Behandlungen ein umfassendes, dem jeweiligen Versorgungsauftrag der stationären Einrichtungen entsprechendes therapeutisches und pflegerisches Leistungsangebot beinhalten müssen und dies Grundlage der vertraglich mit den Krankenkassen vereinbarten Vergütungen ist, ist es systemfremd, insoweit zusätzliche Leistungen zu diesen bereits umfassenden stationären Leistungsangeboten zu finanzieren. Der Gesetzgeber hat ungeachtet dessen mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus und dem Gesetz zur Regelung des

Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Sonderregelungen geschaffen. Diese Sonderregelungen wurden jedoch mit den spezifischen Verpflichtungen, die sich für Versicherte aus dem Arbeitgebermodell ergeben, begründet. Für eine Ausweitung dieser Sonderregelungen im Regelungsbereich des SGB V auf Sachverhalte außerhalb des Arbeitgebermodells wird weder Bedarf gesehen noch wäre dies aus den dargestellten Gründen konsistent.

Soweit der Antrag darauf gerichtet ist, im Bereich der sozialen Teilhabe (SGB IX) in bestimmten Fallkonstellationen einen Rechtsanspruch von Menschen mit Behinderungen auf Assistenzleistungen auch während stationärer Behandlungen explizit gesetzlich zu verankern, wäre dies sachgerecht. Die §§ 113 i.V. mit 78 SGB XI sehen als Leistungen zur sozialen Teilhabe unter anderem bereits Assistenzleistungen vor. Unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen jedoch hinsichtlich der Frage, ob dieser Anspruch auf Assistenzleistungen auch während stationärer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen fortwährend bestehen bleibt. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes besteht ein solcher Anspruch bereits nach den geltenden Rechtsvorschriften nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der Personenzentrierung der Leistungen, sofern ein Bedarf an Assistenzleistungen während der stationären Behandlungen besteht. Dies dürfte insbesondere dann der Fall sein, wenn die Menschen mit Behinderungen auf Begleitung durch eine vertraute Bezugsperson zur Kommunikation und emotionalen Stabilisierung angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund wäre eine entsprechende klarstellende Regelung im SGB IX im Interesse der betroffenen Menschen mit Behinderung sachgerecht und zur Vermeidung unterschiedlicher Rechtsauslegungen ausdrücklich zu begrüßen. In diesem Zusammenhang wird auf den diesbezüglichen Entschließungsantrag der Fraktionen der CD/CSU und SPD (Drucksache 19/28834) im Rahmen der Beratungen zum Teilhabestärkungsgesetz hingewiesen.

Wirkungsvolle Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“

*Zur wirkungsvollen Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ (Forderung Nr. 22) werden unterschiedliche Regelungen wie Förderung der Frührehabilitation in Krankenhäusern, Befähigung von Rehabilitationseinrichtungen zur stärkeren Ausrichtung auf die Bedarfe von Menschen mit Pflegebedarf und / oder Behinderung, Ausbau der mobilen Rehabilitation, Förderung der Selbstbestimmung der Rehabilitand*innen durch stärkere Orientierung an individuellen Rehabilitationszielen, verbindliche Prozesse zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und Schaffung vernetzter Versorgungsstrukturen vorgeschlagen.*

Die Krankenkassen erbringen nach §§ 40 i. V. mit 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn diese notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Rehabilitationsbedürftigkeit in diesem Sinne besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit. Der in § 5 SGB XI verankerte Grundsatz des Vorrangs von Rehabilitation vor (und bei) Pflege knüpft damit unmittelbar an den dargestellten „Reha–Auftrag“ der gesetzlichen Krankenversicherung an. Anders ausgedrückt: Jede Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation verfolgt die Zielstellungen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Dies wird auch daran deutlich, dass rund 82 v.H. der Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung 65 Jahre alt oder älter sind. Im Jahr 2019 hat die gesetzliche Krankenversicherung in rund 755.000 Fällen medizinische Rehabilitationsleistungen erbracht, über 80 v.H. der Fälle im Rahmen der sogenannten Anschlussrehabilitation, das heißt, der Rehabilitationsbedarf wurde während einer Krankenhausbehandlung festgestellt und führte zu einer Rehabilitationsleistung im engen zeitlichen Anschluss an die Krankenhausbehandlung.

Vor diesem Hintergrund ist die dem Antrag zugrundeliegende Feststellung, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Anspruch nach dem Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ kaum umsetzt, nicht nachvollziehbar. Zu den konkreten Vorschlägen für eine wirkungsvollere Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ ist anzumerken, dass die genannten Aspekte keine erneuten Anstöße erfordern:

- Rehabilitationseinrichtungen unterliegen keinerlei Beschränkungen hinsichtlich einer stärkeren Ausrichtung auf die Bedarfe von Menschen mit Pflegebedarf und / oder Behinderung.
- Der GKV–Spitzenverband führt derzeit Beratungen über Weiterentwicklungen der Gemeinsamen Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation und bindet dabei die Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. sehr weitgehend ein.
- Die Indikationsstellung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt bereits unter Berücksichtigung individueller Rehabilitationsziele.

- Für die Reha–Indikationsstellung im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements sind verbindliche Prozesse festgelegt und bundeseinheitliche Antragsformulare für Anschluss–Rehabilitation vereinbart.
- Darüber hinaus befinden sich derzeit wesentliche gesetzliche Änderungen des Intensivpflege– und Rehabilitationsstärkungsgesetz in der Umsetzung, insbesondere veränderte Regelungen zur Indikationsstellung im Rahmen der Rehabilitations–Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Beratungen über Bundesrahmenempfehlungen zur Rehabilitation.

Versorgungsforschung

Nach Auffassung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN soll der Bundestag die Bundesregierung auffordern, Haushaltsmittel bereitzustellen, um die Versorgungsforschung über die medizinische/ gesundheitliche und pflegerische Versorgung speziell von Menschen mit Behinderungen zu fördern (vgl. Forderung Nr. 23).

Der GKV–Spitzenverband begrüßt Versorgungsforschung grundsätzlich. Bezogen auf die Bedarfe behinderter Menschen ist von einer komplexen Versorgung auszugehen, die über verschiedene Zweige der Sozialversicherung hinaus auch andere nicht–staatliche und staatliche Akteure umfasst, sodass eine Verortung dieser Aufgabe beim Bund angemessen ist. Der Bedarf an Versorgungsforschung in diesem Themenfeld kann im Kontext anderer Versorgungsforschungsfragen erwogen werden und sollte dann beruhend auf einer Bestandsaufnahme insbesondere auch eine Unterscheidung zwischen unmittelbaren Umsetzungsaufgaben und Aspekten, die weiterer Forschung bedürfen umfassen. Werden wesentliche Erkenntnislücken identifiziert, dann sollte sich eine gezielte Erforschung von Interventionsmöglichkeiten anschließen, die valide Aussagen über die erreichbaren Erfolge und Voraussetzungen einer effektiven Umsetzung erbringt. Fragen und Erkenntnisse die sich im Kontext der Pandemie zusätzlich ergeben haben oder noch ergeben, sollten hierbei insgesamt berücksichtigt werden.

Mittelfristige Reduktion der Zuzahlungen nach § 61 SGB V

Im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung sollen mittelfristig die Zuzahlungen nach § 61 SGB V reduziert werden (Forderung Nr. 24).

Die folgenden Ausführungen nehmen ausschließlich Bezug auf Zielsetzung, Finanzvolumen und Belastungsgrenze der Zuzahlungsregelung. Die gesetzlichen Zuzahlungen der GKV–Versicherten sollen einerseits als Instrument zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen dienen, andererseits als Finanzierungsinstrument. Als Steuerungsinstrument sollen Zuzahlungen die

Inanspruchnahme von medizinisch nicht notwendigen Leistungen vermeiden helfen; zugleich stellen sie aber grundsätzlich eine Verletzung des Solidarprinzips dar. Ziel muss es daher sein, eine sozial ausgewogene Balance zwischen der solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos und der Eigenverantwortung der Versicherten zu finden. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass Kranke nicht finanziell überfordert werden und möglicherweise aus finanziellen Gründen auf notwendige Versorgungsleistungen verzichten.

Als Finanzierungsinstrument erbringen die Zuzahlungen ein jährliches Volumen von derzeit rund 4,3 Mrd. Euro (Quelle: BMG, KJ 1 für 2019), ein Volumen, das folglich nicht über Beiträge, Zusatzbeiträge oder Bundesmittel finanziert werden muss. Die Zuzahlung für die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung, die so genannte Praxisgebühr, wurde vom Gesetzgeber mit Wirkung ab 1. Januar 2013 ersatzlos gestrichen. Ihr Volumen betrug knapp 2 Mrd. Euro pro Jahr.

Die finanziellen Lasten der Versicherten werden durch gesetzliche Ausnahmeregelungen nach finanzieller Leistungsfähigkeit, aber insbesondere auch für Familien und für chronisch kranke Versicherte, begrenzt (§ 62 SGB V). Der GKV-Spitzenverband enthält sich einer normativen Bewertung der sozialen Angemessenheit der bestehenden Zuzahlungsregelungen inklusive der Belastungsgrenze; die Entscheidung hierüber ist originäre Aufgabe des Gesetzgebers.

Schutzschirmregelungen für sozialpädiatrische Zentren und medizinische Behandlungszentren

Es wird in Nr. 25 b gefordert, verbindlichere Regelungen zu den Voraussetzungen und der Höhe der Vergütungsanpassung von Schutzschirmregelungen für sozialpädiatrische Zentren (SPZen) und für medizinische Behandlungszentren (MZEBen) zu schaffen.

Die Vereinbarungen zur Vergütung der Leistungen der SPZen und der MZEBen erfolgt regional zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den jeweiligen Leistungserbringern auf der Grundlage des § 120 Absatz 2 SGB V. Für die Vertragspartner besteht damit grundsätzlich die Möglichkeit im Wege von Vertragsverhandlungen bedarfsgerechte und auf die jeweilige Situation ausgerichtete Anpassungen der Vergütungshöhe bzw. den Voraussetzungen, auch vor dem Hintergrund der gegenwärtig bestehenden Pandemie vorzunehmen. Im Falle einer Nichteinigung der Vertragsparteien besteht auf der Grundlage des § 120 Absatz 4 SGB V die Möglichkeit der Festlegung der Vergütung durch die Schiedsstelle. Informationen darüber, dass im Rahmen der bestehenden Pandemie die Versorgung von Versicherten in SPZen und MZEBen nicht sichergestellt werden kann, sind dem GKV-Spitzenverband zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bekannt.

Familienpflegerische Leistungen der Haushaltshilfe

Für Familien mit Kindern mit Behinderungen soll der Zugang zu familienpflegerischen Leistungen der Haushaltshilfe erleichtert und abgesichert werden (Forderung 25 c).

Im Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird vor dem Hintergrund der CORONA-Pandemie eine nicht näher konkretisierte Prüfung angeregt, für Familien mit Kindern mit schweren und mehrfachen Behinderungen über den ausgeweiteten Anspruch auf Kinderkrankengeld hinaus auch den Anspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V vorübergehend auf Fallgestaltungen auszuweiten, in denen betroffene Familien durch den Wegfall unterstützender Angebote besonders belastet sind.

Die Haushaltshilfeleistungen nach § 38 SGB V sind als ergänzende Leistungen für die Fälle konzipiert, in denen Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen der Inanspruchnahme stationärer Leistungen, Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder wegen schwerer Erkrankung insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt nicht möglich ist. Diese Leistungen stellen in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits versicherungsfremde Leistungen dar, da sie familienpolitisch motiviert und von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind. Sofern der Antrag darauf zielt, die Anspruchsvoraussetzungen der Haushaltshilfeleistungen aus familienpolitischen Gründen auf Sachverhalte der Weiterführung des Haushalts aus pandemiebedingten Betreuungsnotwendigkeiten auszuweiten, wären auch dies versicherungsfremde Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von daher ist die Beurteilung, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen solche Leistungsansprüche im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung oder gegebenenfalls in anderen sozialen Sicherungssystemen wie zum Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe eingeräumt werden sollen, im gesellschaftlichen Diskurs zu erörtern und auf dieser Basis allein vom Bundesgesetzgeber zu entscheiden. Bei jedweder Ausweitung der Leistungsansprüche im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wäre auch die Angemessenheit der seitens des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gezahlten Bundesbeteiligung nach § 221 SGB V zu überprüfen und angemessen anzupassen.