

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Janosch Dahmen, Anja Hajduk, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Sven-Christian Kindler, Sven Lehmann, Lisa Paus, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen unverzüglich menschenrechtskonform gestalten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Deutschland erreichen erfreulicherweise immer mehr Menschen mit Behinderungen ein hohes Lebensalter. Der demografische Wandel zu einer hochaltrigen Gesellschaft führt dazu, dass es mehr Menschen geben wird, die in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind, chronisch erkranken oder pflegebedürftig werden. Unabhängig vom Alter steigt auch die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Personengruppen sind genau wie Menschen, die mit einer Beeinträchtigung auf die Welt kommen oder diese früher im Leben erwerben, häufiger auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen als andere Menschen. Zudem benötigen sie häufig eine intensivere und spezifische Behandlung und verschiedene Formen der Unterstützung, um Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen zu können. Wer anders als die Mehrheit der Patientinnen und Patienten kommuniziert – zum Beispiel in Gebärdensprache oder Leichter Sprache – oder sich anders als die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten verhält, hat oftmals Probleme und Hürden, entsprechend gut versorgt zu werden. Wechselwirkungen zwischen akuten und chronischen Erkrankungen oder in Kombination auftretende Beeinträchtigungen machen eine gute gesundheitliche Versorgung besonders anspruchsvoll.

Die Bundesrepublik Deutschland hat die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) im Jahr 2009, also vor nunmehr über zehn Jahren ratifiziert. Artikel 25 der Konvention verpflichtet die Vertragsstaaten, das Recht behinderter Menschen auf gleichen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen allgemeinen Diensten des Gesundheitssystems zu sichern. Darüber hinaus sind speziell auf die jeweiligen Beeinträchtigungen beziehungsweise Erkrankungen ausgerichtete Angebote zu garantieren. Diese Dienstleistungen müssen unentgeltlich bzw. zu erschwinglichen Konditionen angeboten werden. Artikel 26 UN-BRK schreibt das Recht auf Habilitation (Erwerb von Fähigkeiten) und Rehabilitation fest. Die Versorgungswirklichkeit, mit der

sich Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen konfrontiert sehen, zeigt jedoch, dass Deutschland von einer wirksamen Umsetzung der UN-BRK noch weit entfernt ist. Dies zeigt auch der Vergleich mit dem Antrag der antragstellenden Fraktion „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen menschenrechtskonform gestalten“ (BT-Drs. 18/3155) aus dem Jahr 2014. Viele der dort gemachten Feststellungen gelten weiterhin und die darin aufgestellten Forderungen sind bis heute nicht erfüllt, sodass an diesen ausdrücklich festgehalten wird.

Das Erste, Fünfte und Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB I, SGB V, SGB IX) enthalten bereits einige Vorgaben zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen. In der Praxis vor Ort fällt jedoch immer wieder auf, dass die Umsetzung dieser Regelungen Probleme bereitet oder gar nicht erst stattfindet. Eine wesentliche Ursache dafür sind die hohen Zugangshürden zum Gesundheitswesen, die Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung und der Finanzierung des Gesundheitssystems an Einzelleistungen und an der kurzfristigen Behandlung von Krankheitssymptomen. Eine weitere maßgebliche Ursache für die unzureichende Behandlung der komplexen Beeinträchtigungen von Menschen mit Behinderungen liegt in unserem segmentierten und aus mehreren getrennten Säulen bestehenden Sozialleistungssystem. Gesetzliche Regelungen laufen auch deshalb oft ins Leere, weil sich die Krankenkassen und andere Rehabilitationsträger uneinig sind, wer eine bestimmte Leistung finanziert und durchführt. Auch nach Inkrafttreten des ersten Teils des SGB IX im Jahr 2018 werden diese Streitigkeiten zu oft auf dem Rücken der behinderten Menschen ausgetragen und nicht auf dem durch die §§ 14 ff. SGB IX vorgesehenen Weg zwischen den Trägern direkt geregelt. Unter anderem lassen sich folgende Bereiche identifizieren, in denen erheblicher Verbesserungsbedarf besteht:

- a) Nur ein kleiner Teil der Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten ist baulich und technisch barrierefrei. Die weitaus größere Zahl der Praxen ist für die meisten Menschen mit Mobilitätseinschränkungen nicht problemlos zugänglich. Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung, zu der die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen gesetzlich verpflichtet sind, wird damit für eine relevante und wachsende Personengruppe nicht erfüllt.
- b) In Studium bzw. Aus-, Fort- und Weiterbildung der meisten Gesundheitsberufe werden keine hinreichenden Fachkenntnisse zur Behandlung von behinderten Menschen vermittelt, etwa in Bezug auf kognitive Beeinträchtigungen, schwere motorische Einschränkungen, Mehrfachbehinderungen oder auch Pflegebedürftigkeit. Daher findet sich nur in wenigen Praxen bzw. Krankenhäusern Personal, das über Kompetenzen in der Verständigung mit Menschen mit einer kommunikativen Behinderung verfügt.
- c) Barrierefreie Informationen zu Gesundheitsleistungen einschließlich Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung liegen nicht in hinreichender Qualität vor. Das zeigt sich aktuell bei Informationen zur COVID-19-Pandemie, die nur mit großer zeitlicher Verzögerung veröffentlicht werden (s. Stellungnahmen des Deutschen Gehörlosen-Bundes 3/2020 „Fehlender Zugang zu gesundheitlichen Informationen über das Coronavirus in Gebärdensprache und mit Untertiteln“ oder 01/2021 „Dringende Handlungsempfehlung zur COVID-19-Impfung“).
- d) Für erwachsene Menschen mit kognitiven oder mehrfachen Behinderungen und mit komplexen Bedarfslagen existieren in einigen Regionen keine oder zu wenige Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung nach § 119c SGB V.

- e) Für Kinder mit Mehrfachbehinderungen fehlt es nach wie vor vielfach an einer adäquaten und spezialisierten Versorgung. Überlange und komplizierte Antragsverfahren sorgen dafür, dass eine dem jeweiligen Entwicklungsstand angepasste Versorgung nicht rechtzeitig genehmigt wird und die Kinder und deren Familien zu immer neuen ermüdenden Antragsverfahren gezwungen sind.
- f) Es fehlen Angebote der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, die gezielt an den Bedarfen von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet sind.
- g) Nach wie vor gibt es zahlreiche Schnittstellenprobleme und Fehlanreize in der Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege.
- h) Zur Vermeidung von behinderungsbedingten Folge- und Begleiterkrankungen benötigen Menschen mit Behinderungen in vielen Fällen Medikamente, deren Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.
- i) Die Heilmittelversorgung gestaltet sich in manchen Regionen sehr restriktiv, da zu viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schlecht über die Ausnahmen bei Richtgrößen zur Heilmittelverordnung informiert sind.
- j) Die Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen erfolgt mitunter weder zeitnah noch transparent. In vielen Fällen müssen Menschen mit Behinderungen Aufzahlungen leisten, obwohl das benötigte Hilfsmittel medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist. Die Unterscheidung von unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich steht im Widerspruch zu dem in der UN-Behindertenrechtskonvention formulierten Recht auf volle und wirksame Teilhabe.
- k) Die fehlende Erfassung und Transparenz darüber, wie sich die gesetzlichen Krankenkassen für bestimmte Versichertengruppen, wie u. a. Menschen mit Behinderungen engagieren, sorgt im Qualitätswettbewerb der Krankenkassen nach wie vor dafür, dass es für die gesetzlichen Krankenkassen zu wenig Anreize gibt, sich durch eine besonders gute Versorgung von Menschen mit Behinderungen hervor zu tun.
- l) Die COVID-19-Pandemie hat viele dieser Missstände noch verschärft und weitere Missstände sichtbar gemacht. Obwohl viele von ihnen damit rechnen müssen, bei einer Infektion besonders schwer zu erkranken, mussten viele Menschen mit Behinderungen immer wieder erleben, bei den ergriffenen Schutzmaßnahmen nicht mitgedacht worden zu sein. Für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen besonders wichtigen Versorgungsstrukturen, wie zum Beispiel die SPZen und MZEBen, wurden erst spät Schutzschirmregelungen getroffen und diese dabei zudem auf schwierige Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen verwiesen. Bei der kostenlosen Abgabe von Schutzmasken wurden Menschen mit Behinderungen nur in sehr eingeschränktem Umfang in den Kreis der anspruchsberechtigten Personen aufgenommen. Auch bei der Impfpriorisierung rückten die, sich eigentlich in der Prioritätsgruppe 2 befindlichen, Menschen mit Behinderung aufgrund des schlecht koordinierten Vorziehens bestimmter Berufsgruppen zunächst wieder weiter nach hinten. Besonders belastet sind auch Familien mit Kindern mit schweren Behinderungen, da der Wegfall der unterstützenden Angebote weder in der Ausweitung des Kinderkrankengeldanspruchs noch in anderer Weise aufgefangen wurde.

Die zum Beginn der COVID-19-Pandemie erarbeiteten klinisch-ethischen Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften zu „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“ wurden von Menschen mit Behinderungen scharf kritisiert. Im Juni 2020 wurde eine Verfassungsbeschwerde eingereicht. Die Beschwerdeführer*innen monieren u. a. eine Verletzung des Diskriminierungsverbots aus Art. 3 Absatz 3 GG, der UN-Behindertenrechtskonvention, des Rechts auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit und der sich hieraus ergebenden Schutzpflichten des

Staates durch Unterlassen einer gesetzlichen Regelung durch den Bundestag. Sie kritisieren bei der Empfehlung insbesondere das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht (mit den Aspekten „Allgemeine Gesundheitsstatus Erhöhte Gebrechlichkeit“ und Komorbiditäten) für die Zuteilung knapper Ressourcen.

Viele der beschriebenen Defizite können nach Meinung von Expertinnen und Experten ohne eine Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV beseitigt werden, teilweise genügen Änderungen in Verfahrensweisen. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben käme dabei nicht nur Menschen mit Behinderungen zugute: Auch ältere Menschen, Familien oder Schwangere profitieren von baulich und technisch barrierefreien Praxen. Höhere Kompetenzen des medizinischen Personals, komplexe Sachverhalte in einfacher Sprache auszudrücken, führen letztlich zu einer verbesserten Kommunikation mit allen Menschen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

die Gesundheitsversorgung im Sinne der Artikel 25 und 26 UN-BRK umzugestalten. Insbesondere ist es hierzu erforderlich,

1. alle Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften, die Leistungsansprüche und die Organisation der Gesundheitsversorgung regeln, auf noch bestehende Widersprüche zwischen SGB V, SGB IX und zur UN-BRK zu überprüfen und identifizierte Widersprüche im Sinne der Menschen mit Behinderungen zu beseitigen;
2. 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 Leistungserbringern und Heilmittelerbringern sowie bei der Präqualifizierung von Hilfsmittelerbringern eingestuft wird sowie bei der Neubesetzung eines Vertragsarztsitzes in überversorgten Gebieten durch eine Änderung des § 103 Absatz 4 SGB V sicherzustellen, dass eine Neubesetzung eines Vertragsarztsitzes nur noch an barrierefreie Praxen erfolgt;
3. ein wissenschaftliches Institut damit zu beauftragen, einen Kriterienkatalog für eine umfassende Abfrage der Barrierefreiheit unter Mitwirkung der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V zu erarbeiten sowie danach einen Gesetzentwurf zur Umsetzung der Ergebnisse vorzulegen;
4. alle gesetzlichen Krankenkassen sowie Anbieter von Gesundheitsleistungen einschließlich Präventionsangeboten zu verpflichten, barrierefrei erreichbare Informationen nach dem Zwei-Sinne-Prinzip und in Leichter Sprache bereitzustellen;
5. ein ausreichendes Angebot von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, das sich an den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderungen orientiert, sicherzustellen;
6. die besonderen Behandlungs-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit Behinderungen (stärker) in den Ausbildungscurricula aller Gesundheitsberufe zu verankern und entsprechende Fortbildungsangebote zu schaffen;
7. durch entsprechende Vorgaben an die Selbstverwaltung dafür zu sorgen, dass der höhere Aufwand bei der Behandlung von Menschen mit Behinderungen – insbesondere durch einen höheren Stellenwert derprechenden Medizin – Eingang in dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab der ärztlichen Leistungsvergütung findet;

8. darauf hinzuwirken, für besondere medizinische und psychologische bzw. psychotherapeutische Versorgungsbedarfe von erwachsenen Menschen mit kognitiven und/oder mehrfachen Behinderungen mehr regionale medizinische Zentren für Menschen mit Behinderungen (MZEB) zu schaffen, die im entsprechend qualifizierten multiprofessionellen Team die erforderlichen Maßnahmen abstimmen und koordinieren und in einem gestuften Versorgungsmodell die normale haus- und fachärztliche Versorgung der Betroffenen ergänzen. Hierfür ist der regionale Bedarf an MZEB zu evaluieren und das Verfahren zwischen Erteilung einer Ermächtigung und der Betriebsaufnahme zu beschleunigen. Durch eine entsprechende gesetzliche Klarstellung sollte die Versorgung mit MZEB als Teil der vertragsärztlichen Versorgung definiert werden. Auch Förderprogramme und Zuschüsse für die Schaffung von MZEB könnten ein wirksames Instrument darstellen auf dem Weg zu einer flächendeckenden Versorgungsstruktur. Bei der Entwicklung der Angebote ist insbesondere darauf zu achten, bereits bestehende Versorgungsstrukturen zu nutzen bzw. auf diesen aufzubauen. Zudem hat die Bundesregierung darauf hinzuwirken, dass das bereits von der Bundesregierung als nicht rechtsverbindlich deklarierte Gemeinsame Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände im Hinblick auf seine seit Jahren dem zügigen Aufbau weiterer Zentren entgegenstehender Punkte überprüft wird;
9. die psychotherapeutische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung unter Einbeziehung von psychiatrischer Krankenpflege, Rehabilitation, Soziotherapie und Ergotherapie für Menschen mit Behinderung zu verbessern und einen niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Zugang zur Behandlung zu fördern. Dafür müssen in der Regelversorgung die fachlichen und strukturellen Voraussetzungen weiterentwickelt und spezialisierte Angebote ausgebaut und angemessen finanziert werden;
10. die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen, so auch Pflegebedürftigen, wirksam zu verbessern, insbesondere durch die Stärkung und Förderung integrierter Versorgungsmodelle und der Kooperation von Einrichtungen mit ambulant tätigen Leistungserbringern in interdisziplinärer Arbeitsteilung;
11. in allen in Frage kommenden Sozialgesetzbüchern klarzustellen, 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;
12. auf verbindliche erweiterte Qualitätsstandards für Verträge in der Hilfsmittelversorgung hinzuwirken und sicherzustellen, dass die Krankenkassen ihrer Pflicht zur Überprüfung Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer flächendeckend erfüllen;
13. das Mitberatungsrecht der anerkannten Patientenorganisationen nach § 140f SGB V bei der Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses und der Festlegung von Festbeträgen zu stärken;
14. § 13 Absatz 3a SGB V, § 18 SGB IX sowie § 40 Absatz 6 SGB XI dahingehend klarzustellen bzw. 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;
15. die Berichtspflichten der Leistungsträger über erteilte Leistungen sowie den Anteil und den Ausgang von Widerspruchs- und Klageverfahren auszuweiten;

16. Möglichkeiten zur vorläufigen Genehmigung von Hilfsmitteln zu schaffen;
17. gemeinsam mit den Ländern im Rahmen der Aufsicht über die Krankenkassen darauf hinzuwirken, dass bei Hilfsmittelverträgen nach § 127 Absatz 1 und 2 SGB V die gesetzlichen Vorgaben insbesondere zur notwendigen Beratung der Versicherten sowie zur wohnortnahen Versorgung umgesetzt werden;
18. in § 34 Absatz 1 SGB V eine Gesetzesgrundlage zu schaffen, nach der der Gemeinsamen Bundesausschuss die Ausnahmeliste der OTC-Medikamente (OTC = over the counter), die in bestimmten Fällen die Verordnung von im Regelfall nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimitteln regelt, auf mögliche Ergänzungen um Präparate zur Behandlung von Folge- und Begleiterscheinungen von Behinderungen und chronischen Erkrankungen überprüft wird;
19. 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 frühzeitig die notwendigen Leistungsanträge formuliert werden und keine Versorgungslücken beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung entstehen;
20. einen Gesetzentwurf zur Änderung von § 43a SGB XI vorzulegen, um klarzustellen, dass der Wohnort im rechtlichen Kontext der Behindertenhilfe („besondere Wohnform“ nach § 42b SGB XII) immer als eigene Häuslichkeit anzuerkennen ist. Dadurch wird die Schlechterstellung von Menschen mit Behinderungen aufgehoben und den Betroffenen regelhafte Leistungen nach dem SGB XI (soziale Pflegeversicherung) für die häusliche Pflege zuerkannt;
21. die Regelungen in § 11 Absatz 3 SGB V und § 63b Absatz 3 SGB XII, die Menschen mit Behinderungen berechtigen, sich durch eigene Assistenzpflegekräfte in Krankenhäusern und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen unterstützen zu lassen, über den Personenkreis hinaus auf alle Menschen mit Behinderungen auszuweiten, der Assistenzpflegekräfte nach dem Arbeitgebermodell beschäftigt;
22. Regelungen zur wirkungsvollen Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ zu treffen, indem
 - a) der Auf- und Ausbau von indikationsspezifischen und indikationsübergreifenden Einrichtung zur Frührehabilitation in Krankenhäusern gefördert wird;
 - b) Rehabilitationseinrichtungen dazu befähigt werden, sich stärker auf die Bedarfe von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderung auszurichten;
 - c) der Ausbau und die Attraktivität der besonders bedarfsorientierten und wohnortnahen, mobilen Rehabilitation stärker gefördert wird;
 - d) die Selbstbestimmung der Rehabilitand*innen durch stärkere Orientierung an individuellen, selbstbestimmten und realistischen Rehabilitationszielen gefördert werden;
 - e) verbindliche Prozesse zur Ermittlung eines Rehabilitationsbedarfs jeder Patientin und jedes Patienten mit drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eingeführt werden;
 - f) Krankenhäuser zur Schaffung funktionierender, vernetzter Strukturen mit differenzierten Hilfs- und Pflegeangeboten sowie ortsnahen Rehabilitationsangeboten verpflichtet werden;
23. Haushaltsmittel bereitzustellen, um die Versorgungsforschung über die medizinische/gesundheitliche und pflegerische Versorgung speziell von Menschen mit Behinderungen zu fördern;

24. im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung mittelfristig die Zuzahlungen nach § 61 SGB V zu reduzieren;
- 25.
- a) im Bundestag einen Prozess zu starten, um für den – im Sinne der Vorsorge mit allen Kräften möglichst zu verhindernden Fall des pandemiebedingten Mangels an medizinischen Intensivressourcen und dadurch zwingender Priorisierung unter lebensbedrohlich Erkrankten – eine Regelung zu finden, die sowohl Rechtssicherheit und Schutz der behinderten, vorerkrankten und älteren Behandlungsbedürftigen gewährleistet, Diskriminierung ausschließt als auch Rechtssicherheit und Entscheidungsfähigkeit für Ärzt*innen in dieser Ausnahmesituation schafft;
 - b) die bislang als Verhandlungslösung ausgestalteten Schutzschirmregelungen für die für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen besonders wichtigen Einrichtungen, insbesondere die SPZen, MZEBen in § 120 Absatz 2 SGB V, um verbindliche Regelungen zu den Voraussetzungen und der Höhe der Vergütungsanpassung zu ergänzen;
 - c) für Familien mit Kindern mit Behinderungen den Zugang zu familienpflegerischen Leistungen der Haushaltshilfe zu erleichtern und abzusichern.

Berlin, den 23. März 2021

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu Nummer 1

Der Gesetzgeber hat bereits zahlreiche Regelungen getroffen, um eine gute Versorgung behinderter und chronisch kranker Menschen zu sichern: Mit dem Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch im Jahr 2001 wurde ein umfassender und ganzheitlicher Anspruch behinderter Menschen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe geschaffen. Entscheidende Elemente hierbei sind die Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger sowie das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen. Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch verlangt § 2a, dass „[d]en besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen [...] Rechnung zu tragen“ ist.

Im Ersten Buch Sozialgesetzbuch wurde die Pflicht der Leistungsträger verankert, Sozialleistungen in barrierefreien Gebäuden und Anlagen zu erbringen und auszuführen. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf den Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen bzw. -dolmetschern, Schriftmittlerinnen bzw. -mittlern oder anderen Kommunikationshilfen.

Dennoch machen Betroffene immer wieder die Erfahrung, dass gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben, die einem ganz anderen Zweck dienen, der angemessenen Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Wege stehen. So sorgen zum Beispiel unterschiedliche Fristenregelungen in den jeweiligen Sozialgesetzbüchern dafür, dass Menschen mit Behinderungen bei dem Zugang zu notwendigen Leistungen oft schlechter gestellt sind als Menschen ohne Behinderung.

Dies zeigt, dass die bisherigen Versuche, durch punktuelle Änderungen eine grundlegende Verbesserung zu erreichen, nicht ausreichen. Es braucht vielmehr eine umfassende Reform des SGB V aus behindertenpolitischer Perspektive. Als Ansatz für ein Disability Mainstreaming im Gesundheitswesen schlagen wir die Stärkung der bzw. des Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen vor, indem dieser beispielsweise bei Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses auf seinen Wunsch hin einbezogen wird sowie die Gelegenheit zur Stellungnahme erhält.

Zu Nummer 2

In die Bedarfsplanungs-Richtlinie sollen Vorgaben zur Erhöhung des Anteils barrierefreier Leistungserbringer anteilig für die jeweiligen Arztgruppen aufgenommen werden. Zudem muss das Kriterium der Barrierefreiheit in § 26 Absatz 4 Nummer 3 der Richtlinie bei der (Neu-)Zulassung vertragsärztlicher Leistungserbringer verbindlicher ausgestaltet werden. Zudem muss durch gezielte Förderprogramme darauf hingewirkt werden, dass sukzessive auch bestehende Einrichtungen barrierefrei umgebaut werden. Auch in der Krankenhausplanung der Länder muss den Kriterien sowohl der technisch-baulichen als auch kommunikativen Barrierefreiheit eine größere Bedeutung zukommen.

Zu Nummer 3

Seit dem 1. Januar 2020 müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet nach bundesweit einheitlichen Kriterien über die Barrierefreiheit von Arztpraxen informieren. Grundlage ist eine entsprechende Informationspflicht des im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (§ 75 Absatz 1a SGB V). Daraufhin haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern in ihre online zur Verfügung gestellten Portale zur Arztsuche die Barrierefreiheit der Arztpraxis integriert. Die Informationstiefe ist hierbei jedoch sehr heterogen und reicht von der Angabe „Rollstuhlgeeignet“ bis zur Differenzierung der Barrierefreiheit in bis zu acht Dimensionen. Dies zeigt, dass es dringend einen einheitlichen und verbindlichen Kriterienkatalog zur Erfassung der Barrierefreiheit braucht, der die unterschiedlichen Formen möglicher Behinderungen erfasst. Zudem beruhen die Auskunftsportale lediglich auf Selbstauskünften der jeweiligen Arztpraxen und sind mithin unvollständig.

Zu Nummer 4

Nach der UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen unter anderem das Recht auf den gleichberechtigten Zugang zur Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen (Artikel 9 Absatz 1). Öffentliche Stellen in Bund, Ländern und Kommunen sind nach der Richtlinie (EU) 2016/2102 verpflichtet, ihre Websites und mobilen Anwendungen barrierefrei zu gestalten (s. Entwurf eines Gesetzes zur Verlängerung befristeter Regelungen im Arbeitsförderungsrecht und zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/2102 über den barrierefreien Zugang zu den Websites und mobilen Anwendungen öffentlicher Stellen, BT-Drs. 19/2072). Ab dem 23. September 2020 müssen auch vor 2018 veröffentlichte Websites

zusätzlich mit Erklärungen zur Barrierefreiheit versehen sein. Diese Verpflichtung gilt für nach 2018 veröffentlichte Websites bereits seit verganginem Jahr, für mobile Anwendungen läuft die Umsetzungsfrist am 23. Juni 2021 ab. Zur Umsetzung des Anspruchs aus Art. 9 UN-BRK darf aber nicht bei den öffentlichen Stellen stehen geblieben werden, sondern müssen auch alle privaten Anbieter von Gesundheitsleistungen verpflichtet werden, ihre Websites und mobilen Anwendungen barrierefrei zu gestalten. Zudem sollte die Barrierefreiheit der elektronischen Patientenakte (ePA) und weiterer neu hinzutretender Angebote wie z. B. die Videosprechstunde fortwährend überprüft werden.

Zu Nummer 5

Die existierenden Angebote zur Prävention berücksichtigen kaum Belange von Menschen mit Behinderungen. Für diese sind Maßnahmen, die einer Verstärkung der Beeinträchtigung oder dem Auftreten weiterer Erkrankungen oder Beeinträchtigungen entgegenwirken, aber essenziell. Daher sollten Präventionsmaßnahmen verstärkt auch im Lebensumfeld von Menschen mit Behinderungen gefördert werden und die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, einen bestimmten Anteil der Präventionsleistungen an den Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven oder mehrfachen Behinderungen auszurichten.

Zu Nummer 6

Eine Verständigung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen der Gesundheitsberufe scheitert noch zu oft an mangelnden Kenntnissen über die Einschränkung und Bedürfnisse der Betroffenen. Insbesondere in der Ärzteschaft stoßen existierende Fortbildungsangebote bisher auf wenig Interesse. An Universitäten gibt es bisher kaum Angebote, medizinisches Wissen über Wechselwirkungen zwischen Beeinträchtigungen und akuten Erkrankungen im Rahmen des Studiums zu erwerben. Auch die Vermittlung von Kompetenzen zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, die in Leichter Sprache oder Gebärdensprache kommunizieren, fehlt in der Ausbildung weitgehend. Ein Ansatzpunkt könnte hier unter anderem sein, die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung zum fachlichen Umgang mit behinderten Menschen in den Anforderungskatalog der Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b Absatz 2 SGB V aufzunehmen.

Zu Nummer 7

Die angemessene Behandlung von Menschen mit Behinderungen ist oft mit einem erheblichen Mehraufwand bezüglich der Anamnese (bei z. B. bei schwer kommunikationsgestörten Patientinnen oder Patienten), der Untersuchung (z. B. bei ängstlichen, psychisch erkrankten oder erheblich in der Mobilität eingeschränkten Patientinnen oder Patienten) und letztlich auch in der Durchführung der Therapie verbunden. Dieser Mehraufwand ist nach wie vor im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der die Vergütung in der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland regelt nicht ausreichend berücksichtigt.

Zu Nummer 8

Die normalen haus- und fachärztlichen Versorgungsstrukturen sind häufig nicht geeignet, den komplexen Versorgungsanforderungen von Menschen mit mehrfachen oder kognitiven Behinderungen gerecht zu werden. Während für behinderte Kinder und Jugendliche mit den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) schon länger ein flächendeckendes Angebot spezialisierter Einrichtungen existiert, fehlten lange entsprechende Anlaufstellen für erwachsene Menschen mit Behinderungen, sodass diese mit dem Erreichen des Erwachsenenalters aus der spezialisierten Versorgung herausfielen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde 2015 in den §§43b und 119c SGB V endlich die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gründung sog. „Medizinischer Zentren für Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung“ (MZEB) geschaffen. Ein Blick auf die seitdem entstandene Versorgungslandschaft zeigt jedoch, dass die MZEB bislang regional sehr ungleich verteilt sind. In manchen Bundesländern hat bislang noch kein MZEB den Betrieb aufgenommen. Ein Grund hierfür ist u. a. auch die zum Teil sehr lange Dauer des Zulassungsverfahrens bis zur Erteilung der Ermächtigung von bis zu 17 Monaten. Außerdem erschweren die in dem sog. Gemeinsamen Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände vom 21. Juni 2016 aufgestellten Kriterien, obwohl nicht verbindlich (BT-Drs. 19/19276), das Zulassungsverfahren zum Teil erheblich. Diese Gemeinsamen Eckpunkte der Krankenkassenverbände wurden ohne Einbindung der Leistungsanbieter einseitig durch die Krankenkassen entwickelt und weichen deutlich von der Intention des Gesetzgebers ab. Daher verwundert es nicht, dass das Eckpunktepapier auch die von den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung entwickelte Rahmenkonzeption nicht berücksichtigt. Somit fehlen auch fünf Jahre nach Einführung der gesetzlichen Grundlage in § 119c SGB V bundesweit vergleichbare Maßstäbe zur genauen Ausgestaltung der medizinischen Behandlungszentren. Häufig wird über Jahre z. B. über den Umfang der Leistungen, die Investitionskosten, die personelle Ausstattung, die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals sowie die Vergütung

gestritten. Darüber hinaus wird der Zugang der betroffenen Patient*innen zu den MZEB durch fachlich unsachgemäße Beschränkungen erschwert (z. B. das Erfordernis bestimmter Diagnosen oder einer bestimmten Schwere der Behinderung in Form des Grades der Behinderung). Und schließlich wird den MZEB durch das Verbot der Behandlung ihrer Patienten, d. h. durch die Reduktion des Wirkungskreises auf die Erstellung von Behandlungsplänen, medizinische Effektivität und auskömmliche Refinanzierung verwehrt, obwohl der § 119c SGB V selbst diese Beschränkungen nicht enthält.

Zu Nummer 9

Die psychiatrische und die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit kognitiven, sprachlichen und geistigen Einschränkungen und zusätzlichen psychischen Erkrankungen ist in Deutschland noch immer unzulänglich. Dies betrifft zum einen die Regelversorgung, die sowohl fachlich, strukturell als auch organisatorisch oftmals nicht auf die besonderen Bedarfe dieser Patient*innengruppe ausgerichtet ist und weiterentwickelt werden muss.

Hinzu kommt, dass die spezialisierten Einrichtungen, die beispielweise einen stationären und ambulanten Bereich für gehörlose, schwerhörige und taubblinde Menschen mit psychischen Erkrankungen anbieten, oftmals nicht ausreichend die besonderen fachlichen Qualifikation und die spezielle Ausstattung refinanziert bekommen. Dabei stellen diese Einrichtungen mit ihren Leistungen einen wichtigen Baustein zur Umsetzung des Art. 25 UN-BRK dar. Im Oktober 2018 wurde zwar die Psychotherapie-Richtlinie so angepasst, dass kognitiv beeinträchtigte Menschen mehr Zeiteinheiten erhalten und auf Wunsch Bezugspersonen einbeziehen können. Zudem müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz behinderten Menschen über Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung informieren.

Dennoch reicht das vorhandene Angebot nicht aus, um behinderten Menschen den Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung in ausreichendem Umfang zu ermöglichen. Bereits in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Ausbildung und in Fortbildungen sollten deshalb die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen vermittelt werden. Zudem müssen in der Regelversorgung die fachlichen und strukturellen Voraussetzungen verbessert, ausreichend spezialisierte Angebote geschaffen und etwaig entstehender Mehraufwand angemessen finanziert werden.

Zu Nummer 10

Auch aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen ist die Überwindung der sektoralen Trennung der Gesundheitsversorgung von erheblicher Bedeutung. Darum ist der Ausbau neuer, integrierter Versorgungsformen eine wesentliche Maßnahme zur Erreichung dieses Zieles. Die bisherigen Erfahrungen, beispielsweise aus dem „Berliner Pflegeheimprojekt“, müssen bundesweit verbindlich Anwendung finden. Es bedarf beispielsweise der Anwendung konkreter Behandlungspfade zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen, so auch pflegebedürftiger Menschen, einer abgestimmten Pharmakotherapie und einer gesicherten Überleitung zwischen den Versorgungssektoren, ohne dass es zu Behandlungsabbrüchen oder Versorgungsdefiziten kommt.

Zu Nummer 11

Die Rechtspraxis unterscheidet zwischen Hilfsmitteln, die wie Prothesen fehlende Körperteile oder -funktionen unmittelbar ersetzen bzw. ausgleichen, und solchen, die wie Rollstühle Körperfunktionen nur mittelbar ausgleichen. Während im ersten Fall ein Anspruch auf eine Versorgung durch die GKV besteht, mit der der Versicherte ein Leben führen kann, wie er es bei Vorhandensein des Körperteils oder der fehlenden Körperfunktion führen könnte, soll die Versorgung mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich nur die Erledigung der medizinisch bzw. zum physischen Überleben notwendigen Verrichtungen ermöglichen. So können Versicherte, denen beide Beine amputiert werden mussten, Prothesen beanspruchen, mit denen auch sportliche Aktivitäten möglich sind. Sind die Beine dagegen vorhanden, aber gelähmt, werden bei der Versorgung mit Gehhilfen oder Rollstühlen durch die GKV wesentlich restriktivere Maßstäbe zu Grunde gelegt. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einschließlich des Kontakts zur Familie spielt dann bei der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung ebenso wenig eine Rolle wie das Bedürfnis, sich auch außerhalb des unmittelbaren Wohnumfeldes bewegen zu können. Es gibt allerdings auch keinen anderen Leistungsträger als die GKV, der ergänzende Leistungen erbringt. Auch die Regelungen der Eingliederungshilfe nach dem Zweiten Teil des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, die für die Erbringung von Leistungen der sozialen Teilhabe zuständig ist, schließen eine Ergänzung von Leistungen der GKV aus. Dies entspricht nicht dem durch die UN-BRK formulierten Recht auf umfassende Teilhabe und muss entsprechend angeglichen werden. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob die Festbetragsregelungen, insbesondere jene für Hörgeräte, eine dem Teilhabeaspekt gerecht werdende Versorgung

auch von Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen sicherstellen oder ein differenzierteres System notwendig ist. Die Erfahrungen, die Menschen mit Seh- und/oder Hörbeeinträchtigungen schildern, legen Letzteres nahe.

Zu Nummer 12

Mit Inkrafttreten des HHVG zum 11. April 2017 sind die Krankenkassen nach § 127 Absatz 7 SGB V verpflichtet, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten (soweit diese sich aus dem SGB V ergeben) durch ihre Vertragspartner in der Hilfsmittelversorgung zu überwachen. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen die Krankenkassen Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Dies setzt aber voraus, dass in den Leistungsbeschreibungen und den Verträgen die zu erbringenden Leistungen und Qualitätsanforderungen so eindeutig und differenziert beschrieben sind, dass eine effiziente Überprüfung durch die Krankenkassen möglich ist.

Das Bundesamt für soziale Sicherung hat in einem Rundschreiben an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 17. Juni 2020 mitgeteilt, dass dem BAS Erkenntnisse vorliegen, dass die Krankenkassen ihrer durch die Vorschrift des § 127 Absatz 7 SGB V begründeten Verpflichtung zu Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen bislang nicht oder nicht in ausreichendem Maße nachgekommen sind. Zudem lägen Erkenntnisse vor, dass Versicherte, die Mehrkosten zu tragen hatten, diesbezüglich oft nicht aufgeklärt worden sind bzw. es an der Dokumentation der Aufklärung gefehlt hat.

Zu Nummer 13

Das Mitberatungsrecht der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen gemäß § 140f Absatz 4 SGB V umfasst lediglich das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung von Fortschreibungen. Diese Organisationen erhalten daher lediglich den Fortschreibungsentwurf und die wesentlichen Begründungen für die Fortschreibung vorab. Dies reicht nicht aus, um eine angemessene Wahrung der Belange chronisch kranker und behinderter Menschen zu gewährleisten. Die maßgeblichen Patientenorganisationen müssen frühzeitig beteiligt werden und – unter Wahrung der Vertraulichkeit – Einblick in alle Beratungsunterlagen erhalten.

Zu Nummer 14

Gemäß § 13 Absatz 3a SGB V müssen die Krankenkassen innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang über einen Antrag auf Leistungen entscheiden. Wenn die Frist nicht eingehalten werden kann, muss dem Versicherten dies rechtzeitig mitgeteilt werden. Andernfalls gilt die beantragte Leistung als bewilligt.

Mit Urteil vom 26. Mai 2020 (B 1 KR 9/18 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) seine bisherige Rechtsprechung zur Wirkung der Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V aufgegeben und gleichzeitig dessen Wirkung extrem eingeschränkt. Entgegen seiner bisherigen Rechtsprechung hat das BSG entschieden, dass der § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V keinen eigenen Sachleistungsanspruch begründe, sondern dem Versicherten nur eine vorläufige Rechtsposition vermittele, die es ihm erlaube, sich die Leistung selbst zu beschaffen und bei erfolgter Selbstbeschaffung entsprechende Kostenerstattung von der Krankenkasse zu verlangen. Die nach Fristablauf fingierte Genehmigung eines Antrags auf Leistungen habe, ebenfalls entgegen der bisherigen Rechtsprechung, nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes. Die Krankenkasse sei daher weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den gestellten Antrag zu entscheiden und damit das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen. Mit einer der fingierten Genehmigung entgegenlautenden Entscheidung der Krankenkasse ende daher auch das durch die Genehmigungsfiktion begründete Recht auf Selbstbeschaffung der beantragten Leistung auf Kosten der Krankenkasse.

Die Norm hat daher in weiten Teilen ihren Sanktionscharakter gegenüber der angegangenen Krankenkasse verloren, da nur wenige Versicherte in der Lage sein dürften die Selbstbeschaffung vorzufinanzieren.

Da das Bundessozialgericht seine Rechtsprechungsänderung maßgeblich auf einen dahingehend von ihm vermuteten gesetzgeberischen Willen gestützt hat, bedarf es dringend einer gesetzgeberischen Klarstellung entsprechend der bis dahin geltenden Leitsätze des BSG:

1. Beantragt ein Versicherter, ihm eine bestimmte Kranken-, nicht Rehabilitationsbehandlung zu gewähren, die er für erforderlich halten darf, und entscheidet die Krankenkasse hierüber nicht fristgerecht, ohne ihm hinreichende Gründe hierfür mitzuteilen, gilt die Leistung als genehmigt, wenn sie nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt.

2. Will eine Krankenkasse den Eintritt der Genehmigungsfiktion eines Antrags auf Krankenbehandlung hinausschieben, muss sie den Antragsteller von einem hierfür hinreichenden Grund und einer taggenau bestimmten Fristverlängerung jeweils vor Fristablauf in Kenntnis setzen.
3. Der Versicherte kann, die kraft Fiktion genehmigte Leistung, solange sich die Genehmigung nicht kraft Gesetzes oder auf andere Weise erledigt hat, von der Krankenkasse entweder als Naturalleistung oder bei Selbstbeschaffung in Form von Kostenerstattung verlangen.
4. Eine Krankenkasse kann eine fingierte Leistungsgenehmigung nur zurücknehmen, widerrufen oder aufheben, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind.

(BSG, Urteil vom 8. März 2016 – B 1 KR 25/15 R –, BSGE 121, 40-49, SozR 4-2500 § 13 Nr. 33).

Aus den vorgenannten Gründen bedarf es ebenfalls einer Ergänzung des § 18 SGB IX um einen Sachleistungsanspruch nach Eintritt der dort geregelten Genehmigungsfiktion. Bisher gewährt dieser nur einen Anspruch auf Erstattung selbstbeschaffter Leistungen. Wie die Erfahrungen mit § 13 Absatz 3a SGB V jedoch gezeigt haben, braucht es einen umfassenden Anspruch auf Naturalleistung oder bei Selbstbeschaffung in Form von Kostenerstattung, um die verpflichteten Leistungsträger zu einer zügigen Entscheidung über den Leistungsantrag anzuhalten.

Zudem gab es schon vor der zitierten Rechtsprechung des BSG Hinweise darauf, dass einzelne Krankenkassen die Frist dadurch umgehen, dass zunächst eine Leistung pauschal abgelehnt wird, da in dem sich dann potenziell anschließenden Widerspruchsverfahren keine sanktionsbewährte Frist gilt. Die Situation der Antragstellenden hat sich dadurch effektiv verschlechtert, da schon ein nicht geringer Teil davor zurückschrecken dürfte, den Widerspruch zu erheben. Daher sollte geprüft werden, ob eine überlange Bearbeitungsdauer des Widerspruchsverfahrens ebenfalls eine Genehmigungsfiktion nach sich ziehen kann.

Zu Nummer 15

Insbesondere für chronisch kranke oder Menschen mit Behinderung können beim Vergleich der Krankenkassen die Leistungsgewährung bzw. die Quote der Ablehnung von Leistungen und spezielle Programme für bestimmte Krankheiten wichtige Kriterien bei der Wahl einer Krankenkasse sein. Diese Informationen müssen verständlich aufbereitet werden, so dass Versicherte die Chance erhalten, Krankenkassen anhand der Kriterien, die für sie relevant sind, miteinander zu vergleichen. Diese unabhängige Aufbereitung könnte durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen durchgeführt werden. Die Veröffentlichung sollte über ein besonderes Transparenzportal erfolgen. Aber auch für alle anderen Stellen, wo Patientinnen und Patienten sowie Versicherte im Netz nach evidenzbasierten Gesundheitsinformationen suchen, sollten diese Auswertungen verfügbar sein (vgl. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Mehr Transparenz und mehr Anreize für eine bessere Versorgung im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherungen“, BT-Drs. 19/26889).

Zu Nummer 16

Insbesondere Familien von Kindern mit Mehrfachbehinderungen berichten davon, dass aufwändige und langwierige Genehmigungsverfahren sie oftmals an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen. Zudem erschweren langwierige Genehmigungsverfahren dafür, dass insbesondere an die körperliche Entwicklung angepasste Hilfsmittel oftmals schon nicht mehr passen, wenn das Verfahren abgeschlossen ist und somit nahezu unmittelbar mit einem neuen Verfahren begonnen werden muss. Es sollte daher geprüft werden, ob insbesondere für diese Gruppe Erleichterungen im Sinne einer vorläufigen Leistungsgewährung möglich sind.

Alternativ könnte die Wahrnehmung der bereits existierende Möglichkeit des gerichtlichen Eilrechtsschutzes gemäß § 86b Absatz 2 SGG dadurch vereinfacht werden, dass man Beratungshilfescheine oder Beratungsstellen für solche Verfahren auch für Menschen über der entsprechenden Einkommensgrenze vorsieht.

Zu Nummer 17

Aus einer nennenswerten Zahl von Eingaben von Bürgerinnen und Bürgern sowie Selbsthilfeverbänden geht nach wie vor hervor, dass die Krankenkassen beim Abschluss von Verträgen zu Hilfsmitteln nach § 127 Absatz 1 und 2 SGB V nicht immer die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur notwendigen Beratung und zur wohlnahen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln sicherstellen. Daher ist im Rahmen der Aufsicht durch das Bundesamt für soziale Sicherung bzw. bei landesunmittelbaren Krankenkassen durch die Länder darauf hinzuwirken, dass diese Vorgaben umgesetzt werden.

Zu Nummer 18

Im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen benennt die Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses zum gesetzlichen Verordnungsaußchluss frei verkäuflicher Arzneimittel nach § 34 Absatz 1 Satz 2 SGB V, unter welchen Voraussetzungen welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind. Diese Liste ist auf die Berücksichtigung von Medikamenten zur Behandlung von Folge- und Begleiterscheinungen von schweren Behinderungen zu überprüfen. Bei schweren Erkrankungen wie Mukoviszidose oder Tumorleiden sind bestimmte OTC-Medikamente als Standardtherapie bereits in der Ausnahmeliste enthalten. Ähnliche Bedarfe bestehen beispielsweise bei (inkompletten) Querschnittslähmungen (Abführmittel) oder Muskelerkrankungen, die das Abhusten verhindern (schleimlösende Mittel). Für die Versorgung mit diesen OTC-Präparaten ist daher in § 34 Absatz 1 SGB V eine entsprechende Rechtsgrundlage zu schaffen.

Zu Nummer 19

Auch nach der gesetzlichen Einführung des Entlassmanagements funktioniert der Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung und die Hilfsmittelversorgung in vielen Fällen nicht. Hier sollte durch ein Fallmanagement frühzeitig im Krankenhaus ein entsprechender Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden.

Zu Nummer 20

Die seit Beginn der Regelung bestehenden rechtlichen Zweifel, inwieweit ein Pauschalbetrag (seit 1. Januar 2015 unverändert maximal 266 Euro) abhängig vom Wohnort der pflegebedürftigen Menschen zulässig ist, wurden durch die UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen noch verstärkt. Leben pflegebedürftige Menschen in von Trägern der Behindertenhilfe betriebenen „besonderen Wohnformen“, übernimmt die soziale Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI 15 Prozent des Heimentgelts, maximal jedoch 266 Euro im Monat. Der weitaus größere Betrag wird vom Sozialhilfeträger gezahlt. Bei stationärer Unterbringung in einer reinen Pflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag zahlt die Pflegekasse hingegen je nach Pflegestufe bis zu 2.005 Euro im Monat. Sofern Menschen mit Behinderungen außerhalb eines nach dem SGB XI anerkannten Pflegeheimes Pflege benötigen, sind ihnen zumindest die Leistungen zur Verfügung zu stellen, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt würden. Diese Ungleichbehandlung gilt es aufzuheben.

Zu Nummer 21

Für pflegebedürftige behinderte Menschen, die eine Assistenzpflegekraft im Arbeitgebermodell beschäftigen, gibt es seit 2009 durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (BT-Drs. 16/12855) die Möglichkeit, die nach § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII beschäftigte besondere Pflegekraft als Begleitperson ins Krankenhaus mit aufzunehmen. Mit der Erweiterung zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in 2012 (BT-Drs. 17/10747) wurde für den betroffenen leistungsberechtigten Personenkreis diese Möglichkeit auf den Vor- und Rehabilitationsbereich, bei einer stationären Behandlung, ausgeweitet. Damit soll die Kontinuität der Assistenzpflege und die Finanzierung des Beschäftigungsverhältnisses sichergestellt werden. Das ist begrüßenswert, stärkt es doch den Assistenz- und Teilhabegedanken in der Versorgung von behinderten Menschen mit einem Pflegebedarf. Jedoch wird damit die Personengruppe diskriminiert, die ihre Assistenz außerhalb des Arbeitgebermodells über das Dienstleistungsmodell, beispielsweise durch einen ambulanten Dienst, sicherstellt. Es ist nicht sachgerecht und nicht nachvollziehbar, dass sich der Anspruch aus der Art und Weise des Anstellungs- und Beschäftigungsverhältnisses der besonderen Pflegekraft ergibt und nicht nach dem Bedarf des pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen. Deshalb muss dieser Rechtsanspruch ausgeweitet werden. In § 113 i. V. m. § 78 SGB IX ist die Krankenhausassistenz daher als eigenständige Assistenzleistung zu verankern. Der Bedarf an Krankenhausassistenz muss im Bedarfsermittlungsverfahren nach § 13 i. V. m. § 118 SGB IX ermittelt werden. Darüber hinaus ist der Verdienstausschluss für die Begleitung durch einen Angehörigen ins Krankenhaus analog zu § 45 zu regeln. Begleitende Assistenzkräfte von Einrichtungen und Diensten ins Krankenhaus, sind die Vergütungsregelungen entsprechend zu erweitern.

Zu Nummer 22

Träger der pflegevermeidenden Rehabilitation ist gegenwärtig die Krankenversicherung. Diese erfüllt – trotz des in § 11 Absatz 2 SGB V verankerten Rechtsanspruchs auf Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – diesen Anspruch kaum. Ursächlich dafür sind systematische Fehlanreize, da für die medizinische Rehabilitation nicht derjenige Träger zuständig ist, der das Risiko des Scheiterns trägt. Weiterhin erschwert die mangelhafte Umsetzung des § 40 Absatz 3 SGB V, wonach die Krankenversicherung bei unterlassener Rehabilitationsleistung Strafzahlungen an die Pflegeversicherung leisten muss, die pflegevermeidende Rehabilitation. Die Pflegeversicherung selbst kann nur bei den anderen Rehabilitationsträgern darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten

Leistungen der Prävention und Rehabilitation eingeleitet werden.

Die bestehende gesetzliche Regelung führt in der Praxis zu Schwierigkeiten bei der Verwirklichung der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und bei der Gewährung von rehabilitativen Leistungen für von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen. Weil die Pflegeversicherung keine Rehabilitationsleistungen verantwortet, lehnt beispielsweise ein Teil der Kranken- und Pflegekassen Anträge auf Hilfsmittel mit dem Verweis auf die Zuständigkeit des jeweils anderen Trägers ab. Eine Zusammenarbeit im Sinne einer guten Versorgung des Versicherten wird dadurch verzögert oder gar verhindert.

Zur wirksamen Umsetzung des Prinzips Rehabilitation vor Pflege sind verschiedene Wege denkbar. Dabei ist zu prüfen, wie die Schnittstellenproblematiken verringert oder gelöst werden können. Zum einen könnte die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger aufgenommen werden. Als Rehabilitationsträger entwickelt sie somit ein eigenes Interesse an medizinischer Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und kann dies besser durchsetzen. Als weitere Option wird auch die Möglichkeit von Ausgleichszahlungen der sozialen Pflegeversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. So könnten die Anreize für die Krankenkassen, ihrer Aufgabe der pflegerischen Rehabilitation nachzukommen, deutlich erhöht werden.

Schließlich sind auch die Leistungen zur Teilhabe trotz Pflegebedarfs im normativen Verhältnis zwischen SGB IX und SGB XI in den Blick zu nehmen. Diese werden von Krankenkassen und Sozialhilfeträgern vielfach nicht erbracht.

Zu Nummer 23

Die besonderen Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie zu den Wechselwirkungen, die zwischen Behinderung und chronischen Erkrankungen einerseits und akuten Krankheiten und Verletzungen andererseits auftreten können, sind bisher zu wenig Gegenstand der Forschung. Daher ist es erforderlich, einen entsprechenden Schwerpunkt in bestehende Programme des Bundes zur Versorgungsforschung aufzunehmen oder bisher für andere Programme vorgesehene Mittel zugunsten eines neuen Programms umzuschichten.

Zu Nummer 24

Die gegenwärtigen Zuzahlungen tragen nachweislich nicht zu einer rationalen Inanspruchnahme von Leistungen bei. Im Gegenteil – einkommensschwache Gruppen nehmen die Leistungen nur verzögert bis gar nicht in Anspruch (vgl. Holst, Zuzahlungen im Krankheitsfall – ein taugliches Instrument für mehr Gesundheit? – Ein Literaturüberblick, 2008, Berlin, www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2008/02/10.1055-s-2007-1022544.pdf).

Der Gedanke der Leistungssteuerung von Zuzahlungen kann zudem nur dann zum Tragen kommen, wenn der Betroffene überhaupt auf die Inanspruchnahme der Leistung verzichten kann, ohne seine Gesundheit zu gefährden. Dies ist jedoch bei Hilfsmitteln regelmäßig nicht der Fall.

Zu Nummer 25

a) Während der SARS-CoV-2-Pandemie und den damit verbunden schweren COVID-19-Erkrankungen, war/ist ohne umfassendes Gegensteuern zu befürchten, dass Krankenhäuser und ihre Intensivmedizin an Kapazitätsgrenzen stoßen. Jedoch fehlten, trotz des bereits im Bericht der Bundesregierung zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 enthaltenen Hinweises für diesen Fall vorzusorgen, Richtlinien. Stattdessen entstanden kurzfristig die klinisch-ethischen Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften zu Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie (aktueller Stand: 17. April 2020).

Für diese Empfehlung gibt es, trotz ihrer unmittelbaren Grundrechtsrelevanz für die Betroffenen aber auch für das medizinische Personal, über das allgemeine Recht (insbesondere zivil- und sozialrechtliche Vorschriften, das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, das Strafgesetzbuch und das ärztliche Berufsrecht) hinaus keine spezifische demokratisch-rechtsstaatlich Grundlage durch ein Gesetz. Eine von der antragstellenden Fraktion vorgeschlagene Selbstbefassung des Bundestages durch eine gemeinsame Anhörung des Rechts- und des Gesundheitsausschusses fand keine Mehrheit. Auf Drängen der antragstellenden Fraktion wurde im Dezember 2020 lediglich ein internes Fachgespräch des Ausschusses für Gesundheit zum Thema durchgeführt. Dessen Protokoll und die Stellungnahmen wurden dem Bundesverfassungsgericht im Januar 2021 als Material übermittelt.

Im vorgeschlagenen gemeinsamen Prozess ist unter Beteiligung von Vertreter*innen ärztlicher Fachgesellschaften, der Pflege, von Menschen mit Behinderungen, dem Deutschen Ethikrat, den Bundesländer u. a.

folgenden Fragen nachzugehen:

Was kann/muss (bundes-)gesetzlich geregelt werden? Sollen und falls ja, wie konkrete Festlegungen der Zuteilung intensivmedizinischer Kapazitäten in Form einer verbindlichen medizinisch-ethischen Richtlinie z. B. der medizinischen Fachgesellschaften oder der Bundesärztekammer erfolgen?

Welche Beteiligungsnotwendigkeiten und -rechte sollen auf den einzelnen Stufen vorzusehen werden?

Wie können Zuteilungsentscheidungen für Patient*innen sowie Angehörige transparent ausgestaltet werden?

Welche prozeduralen Verfahren (wie ein Mehraugenprinzip und das Einbeziehen der Ethikberatung) sollen bei der Entscheidungsfindung vorgesehen werden?

- b) Im Gegensatz zu den beispielsweise für Krankenhäuser oder die vertragsärztliche Versorgung in weiten Teilen bereits aus dem Gesetz heraus verbindlich und relativ klar vorhersehbar zu kalkulierenden Anpassungen an die Vergütung aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie, wurden für die SPZen, die MZEBen lediglich eine Verpflichtung zur vorübergehenden Anpassung der Vergütungsvereinbarung nach § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V ins Gesetz geschrieben, ohne dies weiter zu konkretisieren. Dies führte vielfach dazu, dass sich die Krankenkassen auf den Standpunkt stellten, dass eine ausreichende Anpassung bereits, beispielsweise durch eine vorübergehend vereinfachte Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen, erfolgt sei und es daher keiner weiteren Anpassung bedürfe. In der Folge ist die eigentlich im Gesetz geforderte Anpassung der Vergütungsvereinbarung in vielen Fällen bis heute nicht erfolgt. Um den betroffenen Einrichtungen und den Kostenträgern daher eine verlässliche gesetzliche Grundlage für die Anpassung der Vergütung an die Hand zu geben, braucht es daher verbindliche Kriterien und Rechtsfolgen im Gesetz.
- c) Durch die notwendigen Maßnahmen zur Kontaktvermeidung mussten viele der für Familien mit Kindern mit schweren und mehrfachen Behinderungen besonders wichtigen Unterstützungsangebote im Alltag ihren Betrieb einstellen. Dies stellt sowohl für die Kinder, als auch für die Eltern eine besonders belastende Situation dar. Selbst der im Zuge der Pandemie ausgeweitete Anspruch auf Kinderkrankengeld ist in diesem Fall schnell aufgebraucht. Es ist daher zu prüfen, ob die, eigentlich für den Fall einer Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, den §§ 24, 37, 40 oder § 41 SGB V vorgesehenen Leistungen der Haushaltshilfe vorübergehend auch den durch den Wegfall der unterstützenden Angebote besonders belasteten Familien verfügbar gemacht werden kann und diese so ein Stück weit wieder entlastet werden können.

