

BeB e.V. | Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 411 – Grundsatzfragen der Pflegeversicherung
Mohrenstr. 60
10117 Berlin

nur per E-Mail an: 411@bmg.bund.de

Bundesverband evangelische
Behindertenhilfe e.V.

Invalidenstraße 29
10115 Berlin
Telefon: 030/83001-270
Telefax: 030/83001-275
E-Mail: info@beb-ev.de
Internet: www.beb-ev.de

Kreissparkasse Schwäbisch Hall
Konto-Nr. 5 026 003
BLZ 622 500 30
IBAN:
DE85 6225 0030 0005 0260 03
BIC: SOLADES1SHA

Evangelische Bank eG
Konto-Nr. 4 15 138
BLZ 520 604 10
IBAN:
DE50 5206 0410 0000 415 138
BIC: GENODEF1EK1

Ust-Id Nr.: DE 147805568

Aktenzeichen:

Durchwahl:
376

Persönliche E-Mail:
vomhove@beb-ev.de

Datum:
07.05.2021

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen für einen Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Vorbemerkung

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) ist ein Fachverband der Diakonie. Auf der Grundlage seiner ethischen Haltung, seines christlichen Menschenbildes sowie der UN-Behindertenrechtskonvention setzt er sich für die Belange von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung und deren Angehörigen ein. Zwei gewählte Beiräte aus diesen Personengruppen begleiten den BeB im kritisch-konstruktiven Dialog. Als Interessenvertretung von über 600 evangelischen Einrichtungen, Diensten und Initiativen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie arbeitet der BeB daran, die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen zu verbessern, die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen in ihrer Vielfalt zu fördern sowie umfassende Mitbestimmung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung zu realisieren.

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Die Stellungnahme wurde in Zusammenarbeit mit dem Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) erarbeitet, der sich wortgleich positioniert. Anliegen des BeB ist es insbesondere, dass noch in dieser Legislaturperiode Regelungen für die umfassende Finanzierung der Assistenz im Krankenhaus getroffen werden und die Heilmittelerbringung in Kitas, Schulen und Einrichtungen der Behindertenhilfe sichergestellt wird.

Fachfremde Änderungsanträge zum SGB V

Änderungsantrag 4

§ 39d SGB V

Übergangspflege im Krankenhaus

In § 39d SGB V wird ein neuer Anspruch auf eine Übergangspflege im Krankenhaus eingeführt. Voraussetzung für die Leistung ist, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die notwendigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können. Die Leistung kann nur von dem zuvor behandelnden Krankenhaus erbracht werden. Die Pflegebedürftigkeit ist keine Voraussetzung für die Leistung nach § 39d SGB V.

Die Übergangspflege enthält die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Der Anspruch besteht bis zu zehn Tagen. Eine Zumutbarkeitsklausel gewährleistet, dass die Patientinnen und Patienten nicht unzumutbaren Aufwand für eine andere Sicherstellung der Versorgung leisten müssen.

Der BeB begrüßt die Einführung eines Anspruchs auf Übergangspflege im Krankenhaus. Auch in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe kommt es immer wieder zu Problemen, wenn Menschen mit Behinderung kurzfristig aus dem Krankenhaus entlassen werden, ohne dass die Einrichtung die Möglichkeit hatte, die erforderliche Unterstützung für die Anschlussversorgung zu organisieren. In der Praxis differenzieren viele Krankenhäuser nicht zwischen einer Einrichtung des SGB IX und einer Pflegeeinrichtung, in der die pflegerische Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen grundsätzlich sichergestellt ist.

Der Gesetzeswortlaut in § 39d SGB V beschreibt, welche Leistungen die Übergangspflege im Krankenhaus im Einzelfall umfassen kann. Hier sollte neben den einzelnen Leistungen auch die Zielsetzung der Leistung beschrieben werden, damit innerhalb der Übergangspflege von Krankenkasse und Krankenhaus vor der Entlassung die erforderliche Versorgung in den Blick genommen und organisiert werden kann und damit die erforderlichen Leistungserbringer wie z. B. Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegedienste kontaktiert und für deren zeitgerechten Einsatz sichergestellt ist. Dazu gehört neben der Sicherstellung der Anschlussversorgung auch, dass Rehabilitationsbedarf erkannt und ggf. eine Anschlussrehabilitation veranlasst wird. Zudem sind die Funktionsfähigkeiten (ICF) der Patienten umfassend zu fördern, z. B. Mobilität. Nur wenn diese Ziele innerhalb der Übergangspflege im Krankenhaus erreicht werden, kann die lückenlose Versorgung des Patienten beim Übergang in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege

nach Krankenhausbehandlung sichergestellt werden und die erforderlichen und die kontinuierliche Versorgung ist gewährleistet.

Weiterer Änderungsbedarf im SGB V:

Der BeB sieht im Rahmen des SGB V außerdem folgende weitere Änderungsbedarfe:

Assistenz im für Menschen mit Behinderung bei einem stationären Krankenhausaufenthalt

Gerade für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ist ein Krankenhausaufenthalt eine große Herausforderung: eine fremde, oft beängstigende Umgebung und unbekanntes Krankenhauspersonal, mit dem eine gelingende Kommunikation nicht immer gewährleistet ist. Um die Behandlung überhaupt zu ermöglichen, braucht es eine Assistenz durch eine vertraute Person. Die Begleitung übernehmen meist Angehörige oder professionelle Bezugspersonen aus den Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie. Nach wie vor fehlt eine Regelung zur umfassenden Refinanzierung der anfallenden Lohnkosten des begleitenden Mitarbeiters eines Dienstes oder eine Einrichtung bzw. des Verdienstauffalls des begleitenden Angehörigen.

Mögliches Unterscheidungsmerkmal für die Kostentragung könnte sein, welche Person den Menschen mit Behinderung als Assistenz im Krankenhaus begleitet. Erfolgt die Assistenz im Krankenhaus durch Mitarbeiter einer besonderen Wohnform oder eines betreuenden bzw. Assistenz-Dienstes der Eingliederungshilfe, liegt die Finanzierungsverantwortung bei der Eingliederungshilfe. Handelt es sich um einen Angehörigen oder stammt die Person aus dem engsten persönlichen Umfeld jenseits von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe, schlagen die Fachverbände die Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung vor. Die Regelung trägt dann – vergleichbar dem Kinderkrankengeld – zu einer Entlastung des Unterstützungssystems aus persönlicher Verbundenheit bei.

Unter Zugrundelegung dieses Modells zur Kostenteilung, wäre in § 11 SGB V folgender, neuer Absatz 3a zu ergänzen:

Die Mitaufnahme einer Begleitperson in ein Krankenhaus nach § 108 SGB V ist aus medizinischen Gründen auch notwendig, wenn die Begleitung eines Kindes oder eines erwachsenen Menschen mit Behinderung durch eine vertraute Bezugsperson aus dem persönlichen Umfeld des Patienten erforderlich ist, um die Behandlung durchführen zu können und den Behandlungserfolg zu sichern. Im Rahmen dieser Leistung wird auch ein eventueller Verdienstauffall der Begleitperson entsprechend dem Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 SGB V gewährt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 SGB V gelten entsprechend. In der Zeit, in der eine Verdienstauffallentschädigung in Anspruch genommen wird, kann kein

Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V geltend gemacht werden. Der Spitzenverband der Krankenkassen und die Träger der EGH treffen bis zum 1.1.2022 eine Vereinbarung zum Personenkreis nach Satz 1. Verbände der Leistungserbringer und der Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen sind zu beteiligen. Die Vereinbarung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Kommt diese in der genannten Frist nicht zustande, wird der Personenkreis durch das BMG im Benehmen mit dem BMAS festgelegt.

Heilmittelverträge in Kitas, Schulen und Einrichtungen der Behindertenhilfe

Infolge des Terminversorgungsgesetzes (TSVG) haben sich die Voraussetzungen der Heilmittelversorgung von Kitas, Schulen und Einrichtungen der Behindertenhilfe erheblich verändert. Die mit dem TSVG einhergehende Neufassung des § 125 Abs. 1 SGB V führt dazu, dass die Fortgeltung der bisherigen Versorgungsverträge auf Landesebene ausgeschlossen ist, da für Vertragsschlüsse nun eine exklusive Zuständigkeit der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Interessenverbände der Heilmittelerbringer auf Bundesebene geregelt wird. Die bisherigen Vereinbarungen mit den Kassen auf Landesebene verlieren grundsätzlich ihre Wirkung, sobald der neue bundesweit geltende Vertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Berufsverbänden auf Bundesebene beschlossen worden ist und veröffentlicht wird. Mit dieser Rechtswirkung des TSVG auf den § 125 Abs. 1 SGB V, müssen Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die teilweise seit Jahrzehnten multiprofessionell arbeiten, ihre Arbeit mit den entsprechenden Therapeuten und Therapeutinnen einstellen. Damit entfällt eine fachlich gebotene und bewährte interdisziplinäre Versorgungsform und die Versorgung der betroffenen behinderten Menschen wäre nicht mehr, zumindest nicht in der bisher qualitativ hochwertigen und in die Einrichtungsarbeit integrierten Form, sichergestellt. Mit Blick auf den inklusiven Gedanken der UN-Behindertenrechtskonvention und das BTHG liegt darin ein deutlicher Rückschritt in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung.

Um das Wegbrechen wesentlicher Versorgungselemente zu verhindern, wird vorgeschlagen, in § 125 SGB V folgenden Abs. 7a zu ergänzen:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können Verträge mit den Trägern von Einrichtungen, in denen Heilmittel an Menschen mit Behinderungen oder an Menschen, die von Behinderung bedroht sind, abgegeben werden, zur Sicherstellung deren Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und Bedarfe schließen. Absätze 2 und 3 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass die Vertragspartner die nach Absatz 1 vereinbarten Preise zu übernehmen haben, soweit die Besonderheiten der Versorgung nicht entgegenstehen. § 124 Abs. 1 Nr. 1 und 2 gelten für die Einrichtungen nach Satz 1 entsprechend. Die Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 darf die nach diesen Verträgen anzuzeigenden Daten von

Leistungserbringern nach diesem Absatz erheben, verarbeiten und nutzen. § 124 Absatz 2 Satz 7 und 11 gelten entsprechend.

Fachfremde Änderungsanträge zum SGB XI

Änderungsantrag 8

§ 40 Abs. 6 SGB XI Verordnungskompetenz von Pflegefachkräften

Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI, der §§ 37 und 37c SGB V sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Diese Verordnungskompetenz muss sich ausdrücklich auch auf Hilfsmittel nach § 33 SGB V beziehen und somit auch auf § 47 SGB IX. In der Praxis besteht oft das Problem, dass die Pflegekräfte ausbildungsbedingt die teilhabesichernden Hilfsmittel nicht hinreichend im Blick haben und Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung unberücksichtigt bleiben.

Änderungsantrag 6

§ 88a SGB XI Stärkung der Kurzzeitpflege und Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung durch: Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und Anpassung der Landesrahmenverträge durch die Pflegeselbstverwaltung

Mit § 88a Absatz 1 SGB XI sollen die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege gestärkt werden, indem eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sichergestellt wird. Dafür wird ein gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung handlungsleitender Empfehlungen für die Landesrahmenverträge als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen der Kurzzeitpflege erteilt. Sachgerecht wäre die Verortung der neuen Regelung § 84 SGB XI. Zudem muss klargestellt werden, dass die Empfehlungen auch für die Einrichtungen nach § 42 Abs. 3 SGB XI gelten.

Weiterer Änderungsbedarf im SGB XI:

43a SGB XI

Nach § 43a SGB XI sind die Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die in besonderen Wohnformen leben, auf einen Pauschalbetrag in Höhe von 266 € im Monat begrenzt. Der rein pflegerische Anteil an der Leistung in der besonderen Wohnform wird damit mit

einer pauschalen, vom konkreten Pflegeaufwand im Einzelfall unabhängigen Vergütung abgegolten.

Menschen mit Behinderungen in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben wie alle Versicherten Beiträge zur Pflegeversicherung geleistet und damit auch Rechtsansprüche erworben. Die derzeitige Regelung ist aus gleichheitsrechtlichen Gründen nicht tragbar. Zudem haben die Eingliederungshilfeträger die erhebliche Lücke zwischen der pauschalierten Leistung aus der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe oft nicht gedeckt.

In der Folge werden gerade Menschen mit starken Einschränkungen von ihrem Anspruch auf Teilhabe weitgehend ausgeschlossen. Sachgerecht wäre es, für Menschen mit Behinderungen in besonderen Wohnformen die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege oder das Pflegegeld nach § 37 SGB XI zu gewähren.

Berlin, den 07.05.2021

Mit freundlichen Grüßen

Pfarrer Frank Stefan
Vorsitzender

Prof. Jürgen Armbruster
stv. Vorsitzender