

Stellungnahme

der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Bundesgeschäftsstelle
Hermann-Blankenstein-Str. 30
10249 Berlin

Bundesvereinigung@Lebenshilfe.de
www.lebenshilfe.de

08.06.2020

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung:

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 20.05.2020 (BT-Drs. 19/19368)

(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe setzt sich seit über 60 Jahren als Selbsthilfevereinigung, Eltern- und Fachverband für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Familien ein. In gut 500 Orts- und Kreisvereinigungen, 16 Landesverbänden und rund 4.300 Diensten und Einrichtungen der Lebenshilfe sind mehr als 121.000 Mitglieder aktiv. Die Ziele der Lebenshilfe sind umfassende Teilhabe und Inklusion sowie die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen in Deutschland.

I. Vorbemerkungen

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe bedankt sich für die Möglichkeit, zu dem vorliegenden Gesetzentwurf Stellung zu nehmen.

Die geplante Neuregelung der Intensivpflege ist aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe nicht tragbar. Es ist vorgesehen, dass Intensivpflegepatient*innen keinen bedingungslosen Anspruch auf Intensivpflege im eigenen Haushalt mehr haben. Ihren Wünschen nach einer häuslichen Versorgung ist vielmehr nur noch zu entsprechen, wenn die Pflege dort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Angesichts des bestehenden Pflegepersonalmangels, der sich durch die Sars-CoV-2-Pandemie noch verschärfen wird, besteht die Befürchtung, dass der Anspruch auf häusliche Versorgung künftig praktisch ausgehebelt wird. Damit werden Mängel im Versorgungssystem auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen. Das ist nicht hinnehmbar. Es darf keine Einschränkung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung oder der betreuten Wohnform geben. Vielmehr obliegt es der Krankenversicherung, die pflegerische Versorgung durch geeignete Maßnahmen auch zu Hause tatsächlich und dauerhaft sicherzustellen.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe befürchtet außerdem, dass Menschen mit Behinderung Intensivpflege nicht mehr wie bisher in allen Formen des betreuten Wohnens erhalten können, sondern nur noch in Intensivpflege-Wohneinheiten oder in Wohnformen, in denen der Versorgungsumfang einem stationären Setting entspricht. Wohnformen mit einem geringeren Versorgungsumfang sind nach der Neuregelung höchstwahrscheinlich nicht mehr umfasst. Diese Einschränkung des Anspruchs ist ebenfalls ausdrücklich zu kritisieren. Sie verkennt, dass alle betreuten Wohnformen das Zuhause der dort lebenden Menschen sind. Es darf hier nicht zwischen einer betreuten Wohnform mit geringem oder mit hohem Versorgungsumfang unterschieden werden.

Schließlich werden Intensivpflegepatient*innen, die eine häusliche Versorgung wünschen, bei der Zuzahlung benachteiligt. Diese Ungleichbehandlung muss beseitigt werden.

Die vorgenannten Punkte zeigen, dass erhebliche Bedenken gegen das Gesetzgebungsvorhaben bestehen. Dem steht gegenüber, dass es angesichts der derzeitigen Sars-CoV-2-Pandemie für den vom Gesetzentwurf betroffenen Personenkreis besonders schwer ist, sich für seine Interessen einzusetzen. Intensivpflegepatient*innen gehören aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation zu einer besonders verletzbaren Personengruppe und sind somit stark eingeschränkt. Hinzu kommt, dass sie und ihre Angehörigen derzeit bereits durch die Alltagsbewältigung erheblich in Anspruch genommen werden, etwa wenn es um die Beschaffung von notwendigen Atemschutzmasken, Desinfektions-

mitteln sowie die täglich benötigten Hilfsmittel geht. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert den Gesetzgeber daher auf, das Gesetzgebungsverfahren auszusetzen, bis sich die Situation stabilisiert hat. Ungeachtet dessen nehmen wir zu dem Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

II. Stellungnahme im Einzelnen

1. Anspruch auf Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit muss uneingeschränkt erhalten bleiben

§ 37c Abs. 2 S. 2 SGB V (neu) sieht vor, dass dem Wunsch nach intensivpflegerischer Versorgung im eigenen Haushalt, der Familie oder an sonst einem geeigneten Ort nur zu entsprechen ist, wenn die pflegerische und medizinische Versorgung an diesem Ort „tatsächlich und dauerhaft sichergestellt“ ist. Das heißt, der Wunsch nach einer häuslichen Versorgung darf von der Krankenkasse (KK) verweigert werden, wenn die pflegerische Versorgung an diesem Ort nicht sichergestellt werden kann. Ob dies der Fall ist, prüft die KK durch persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes (MD) gem. § 37c Abs. 2 S. 4 ff. SGB V (neu) mindestens jährlich. Bei Verweigerung der Prüfung durch Betroffene kann die Leistung gem. § 37c Abs. 2 S. 7 SGB V (neu) eingestellt und der Versicherte auf die Versorgung im Pflegeheim oder einer Wohnform nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI verwiesen werden.

Diese Regelung schränkt den derzeit bestehenden Anspruch auf häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V für Intensivpflegepatient*innen erheblich ein. Derzeit können Menschen mit Intensivpflegebedarf ohne weiteres in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden. Es obliegt der Krankenversicherung, diesen Anspruch in einer guten Qualität durch die Bereitstellung von geeigneten Pflegediensten und durch eine ausreichende Kontrolle dieser Leistungserbringer sicherzustellen. Zwar kam es in der Vergangenheit in diesem Bereich zu Mängeln, bspw. weil das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung nicht ausreichend ausgeschöpft wurde oder das von den Leistungserbringern eingesetzte Pflegepersonal nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

Die Konsequenz, die der Gesetzgeber mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zieht, ist aber die falsche. Er schränkt den Anspruch von Intensivpflegepatient*innen ein und macht ihn davon abhängig, ob die Krankenversicherung ihre Pflicht zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erfüllen kann. Ist dies nicht der Fall, etwa weil es an geeigneten Pflegediensten oder der Kontrolle der Leistungserbringer mangelt, müssen die Betroffenen die Folgen dieses Systemversagens mit ihrem Selbstbestimmungsrecht bezahlen. Sie verlieren ihren Anspruch auf häusliche Versorgung und müssen in eine stationäre Einrichtung ziehen. Die Mängel im Versorgungssystem werden damit auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen.

Das ist nicht hinnehmbar. Zumal sich der bereits bestehende Mangel an Pflegekräften angesichts der derzeitigen Situation einer Sars-CoV-2-Pandemie noch verschärfen wird und dazu führen kann, dass der Anspruch auf häusliche Versorgung praktisch ausgehebelt wird.

Natürlich müssen bestehende Mängel abgestellt werden. Insoweit sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen bspw. zur Förderung von Beatmungsentwöhnungen oder zur Kontrolle der Leistungserbringung durch den MD, wie sie in § 37c Abs. 2 S. 4 ff. SGB V (neu) vorgesehen ist, grundsätzlich zu begrüßen. Sollten bei den Prüfungen durch den MD Mängel festgestellt werden, darf dies aber keinesfalls zum Anspruchsverlust der Versicherten führen, sondern zu einer Nachbesserungspflicht der Krankenversicherung. Anderenfalls kann die Neuregelung sogar zu einer Verschlechterung der Pflegequalität führen, denn es ist zu befürchten, dass Patient*innen sowie deren Angehörige mögliche Versäumnisse des Pflegedienstes bei den Prüfungen des MD nicht anzeigen oder verschleiern, weil sie Angst haben, damit einen Prozess in Gang zu setzen, an dessen Ende sie von der eigenen Wohnung in eine stationäre Einrichtung ziehen müssen.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher, § 37c Abs. 2 S. 2 und S. 7 SGB V (neu) zu streichen. Es darf keine Einschränkung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung geben. Vielmehr obliegt es der Krankenversicherung, die pflegerische Versorgung durch geeignete Maßnahmen auch zu Hause tatsächlich und dauerhaft sicherzustellen, etwa indem sie genügend qualifizierte Pflegedienste zur Verfügung stellt bzw. indem gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden, um den aktuellen Pflegepersonal-mangel zu beseitigen. Die Sicherstellungspflicht der KK sollte zur Verdeutlichung auch in den neuen Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit Intensivpflege gem. § 132j SGB V (neu) benannt werden.

Flankierend dazu sollten Versicherte auch weiterhin die Möglichkeit haben, sich selbst eine Pflege- oder Assistenzkraft zu besorgen und die Kosten erstattet zu bekommen, wenn die KK kein Personal stellen kann. Nach der derzeitigen Rechtslage haben Intensivpflegepatient*innen hierauf einen Anspruch gem. § 37 Abs. 4 SGB V. Dieser Anspruch würde nach der vorgesehenen Neuregelung jedoch entfallen, da § 37c SGB V (neu) keine vergleichbare Regelung enthält. Insofern sollte in § 37c SGB V ein Verweis auf § 37 Abs. 4 SGB V aufgenommen werden.

Sollte es dabei bleiben, dass die Leistungszusage der KK von der Prüfung des MD abhängt, muss für Menschen, bei denen auf Grund der Art ihrer Erkrankung eine langfristige Verbesserung ihres Gesundheitszustandes bis hin zur Beatmungsentwöhnung nicht zu erwarten ist (z. B. fortschreitende Muskelerkrankung, hoher Querschnitt, anhaltende Erkrankungen seit dem Kindesalter) eine Ausnahmeregelung getroffen werden. Eine selbstbestimmte Lebensperspektive mit langfristigen Entscheidungen zur Wahl und bedarfsgerechten Anpassung des Wohnortes, zur Form der Teilhabe am Arbeitsleben und zum Aufbau von Beziehungen und Bindungen ist nicht möglich, wenn jährlich über ihre Lebensform und Lebensperspektive gegen ihren Willen neu verhandelt wird und sie immer fürchten müssen, dass ihr Anspruch auf häusliche Versorgung versagt wird. Zur Stärkung der

Versorgungsstruktur der Versicherten gehört zwingend auch eine verbindliche und langfristige Leistungszusage.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher, das Prüfintervall für diesen Personenkreis auf mindestens drei Jahre zu verlängern.

2. Ort der Leistungserbringung muss „ambulant“ betreute Wohnformen der Behindertenhilfe erfassen

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe befürchtet, dass Menschen mit Behinderung Intensivpflege nach der Neuregelung nicht mehr wie bisher in allen Formen des betreuten Wohnens erhalten können. Derzeit besteht der Anspruch auf Intensivpflege in Form der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 SGB V in „ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in **betreuten Wohnformen...**“. Betreute Wohnformen werden ausdrücklich benannt. In der Neuregelung des § 37c Abs. 2 S. 1 SGB V (neu) werden sie demgegenüber nicht mehr erwähnt.

Zwar nennt § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V (neu) Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 SGB XI als mögliche Leistungsorte. Hierbei handelt es sich um betreute Wohnformen, in denen der Umfang der Gesamtversorgung dem Umfang einer stationären Versorgung entspricht und auf die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet. Nicht von § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V (neu) erfasst sind jedoch betreute Wohnformen der Behindertenhilfe mit einem geringeren Versorgungsumfang.

Es ist zu befürchten, dass sie auch nicht unter die Aufzählung der Leistungsorte in § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V (neu) fallen. Dieser regelt die Intensivpflege in Anlehnung an § 37 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 SGB V in „ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen“. Anders als in der Aufzählung des § 37 SGB V fehlt hier aber die ausdrückliche Nennung der „betreuten Wohnformen“. Da diese Wohnform auch nicht ohne weiteres unter den im SGB V sehr eng verstandenen Begriff des „Haushalts“ subsumiert werden kann, besteht die Gefahr, dass betreute Wohnformen auch nicht von § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V (neu) erfasst werden, mit der Folge, dass dort kein Anspruch auf Intensivpflege mehr besteht.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher, die drohende Regelungslücke zu beseitigen. Auch Menschen, die in betreuten Wohnformen der Behindertenhilfe leben, die nicht dem § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI unterfallen, müssen weiterhin einen Anspruch auf Intensivpflege an ihrem Wohnort haben. § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V (neu) sollte daher in Anlehnung an § 37 Abs. 1 S. 1 bzw. Abs. 2 S. 1 SGB V wie folgt gefasst werden:

(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

....

4. in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere **in betreuten Wohnformen**, Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

3. Ort der Leistungserbringung muss Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen als Kurzzeitpflegeeinrichtungen erfassen

Gemäß § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V (neu) besteht ein Anspruch auf Versorgung in einer *stationären Pflegeeinrichtung*, die Leistungen der Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI erbringt. Leistungen der Kurzzeitpflege können gem. § 42 Abs. 3 SGB XI in begründeten Ausnahmefällen aber auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erbracht werden. Hintergrund ist, dass insbesondere Kinder und Jugendliche mit Behinderung in Pflegeeinrichtungen nicht angemessen versorgt werden können, weil diese Einrichtungen in erster Linie auf die Betreuung alter, pflegebedürftiger Menschen und nicht auf die besonderen Bedürfnisse von jungen Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind.

Die Eltern von Kindern mit Intensivpflegebedarf sind in besonders hohem Maße Belastungen in der häuslichen Pflege ausgesetzt. Gerade sie benötigen deshalb Auszeiten von der Pflege und Phasen der Erholung. Für diese Kinder ist es aber besonders schwer, einen Kurzzeitpflegeplatz zu bekommen, weil die Deckung hoher Bedarfe an medizinischer Behandlungspflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen häufig nicht sichergestellt werden kann. Dem trägt § 42 Abs. 3 SGB XI Rechnung.

Da § 37c SGB V (neu) zwar auf Einrichtungen gem. § 42 SGB XI verweist, aber nur von *stationären Pflegeeinrichtungen* und nicht von Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen spricht, ergibt sich aus der derzeitigen Fassung des Gesetzentwurfs nicht klar, ob ein Anspruch auf Intensivpflege auch besteht, wenn die Kurzzeitpflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen erfolgt.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher eine gesetzliche Klarstellung, dass dies der Fall ist.

4. Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung bei der Ausgestaltung der Leistung

Gemäß § 37c Abs. 1 S. 8 SGB V (neu) soll der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zum Inhalt und Umfang der Leistung bestimmen. Die Festlegungen sollen dabei differenziert für Kinder und Jugendliche und für volljährige Versicherte erfolgen. Daneben sollen auch für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiter

besteht, neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, gesonderte Regelungen erfolgen.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt die Differenzierung insofern, als der Gesetzgeber hiermit dem unterschiedlichen Entwicklungsstand der Versicherten Rechnung tragen möchte. Allerdings erschließt sich nicht, weshalb die Personengruppe, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiter besteht, neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, nach Vollendung des 27. Lebensjahres unter die Regelung für erwachsene Versicherte fallen soll. Menschen mit Behinderung, die von Geburt an oder aufgrund einer im frühen Kindesalter erworbenen Behinderung einen Intensivpflegebedarf haben, sind auch nach ihrem 27. Geburtstag nicht altersgemäß entwickelt. Die in der Vorschrift beschriebenen Krankheitsbilder verschwinden nicht plötzlich, sobald das 27. Lebensjahr vollendet ist. Deshalb wäre es nicht sachgerecht, wenn dieser Personenkreis ab diesem Zeitpunkt unter die Richtlinie für erwachsene Versicherte ohne Beeinträchtigung fiele. Dies könnte dazu führen, dass der in der Richtlinie beschriebene Leistungsumfang und -inhalt, der naturgemäß für Erwachsene ohne Beeinträchtigungen weniger umfangreich sein wird, für Menschen mit den entsprechenden Krankheitsbildern ab dem 28. Lebensjahr nicht mehr ausreicht.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher, dass der Gemeinsame Bundesausschuss gesetzlich verpflichtet wird, in den Richtlinien die besonderen Belange dieser Personengruppe sowie die besonderen Belange von Menschen mit Behinderung allgemein in allen Altersbereichen zu berücksichtigen.

5. Ungleichbehandlung bei der Zuzahlung beheben

Gemäß § 37c Abs. 4 SGB V (neu) ist die Zuzahlung von Versicherten zur intensivpflegerischen Versorgung auf 28 Kalendertage pro Jahr begrenzt, wenn Versicherte eine stationäre Versorgung oder die Versorgung in einer Intensivpflegewohnheit gem. § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 1-3 SGB V (neu) wählen. Wählen sie dagegen die Versorgung im eigenen Haushalt gem. § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V (neu), entfällt diese zeitliche Beschränkung. Dies stellt zum einen eine Verschlechterung gegenüber der derzeitigen Rechtslage dar, nach der die Zuzahlung gem. § 37 Abs. 5 SGB V für die häusliche Versorgung ebenfalls auf 28 Kalendertage beschränkt ist und zum anderen eine Ungleichbehandlung gegenüber Intensivpflegepatient*innen in stationären Einrichtungen.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert, diese Ungleichbehandlung zu beseitigen und die zeitliche Begrenzung der Zuzahlung auf maximal 28 Tage pro Jahr auch für Menschen vorzusehen, die in ihrem Zuhause intensivpflegerisch versorgt werden.

6. Kostenzuschuss zur Versorgung im Pflegeheim während Übergangszeitraum weitergewähren

§ 37c Abs. 3 S. 1 SGB V (neu) sieht vor, dass die KK für Versicherte, die die intensivpflegerische Versorgung in einer stationären Einrichtung wählen, die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die notwendigen Investitionskosten und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass Menschen, die sich für die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung entscheiden, nicht mehr durch den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung benachteiligt werden.

Die Übernahme der Kosten endet jedoch, wenn infolge einer Besserung des Zustandes, z. B. aufgrund einer Beatmungsentwöhnung, kein Intensivpflegebedarf mehr besteht. Für Betroffene stellt sich damit das Problem, dass sie dann sofort wieder selbst mit den entsprechenden Kosten konfrontiert sind, ohne dass sie die Möglichkeit haben, sich auf die geänderte Versorgungslage einzustellen.

In Anlehnung an die Empfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates (BR-Drs. 86/1/20, S. 3), denen der Bundesrat am 15.05.2020 zugestimmt hat, fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe daher, dass die oben genannten Aufwendungen nach dem Wegfall der Intensivpflegebedürftigkeit zumindest noch für einen Übergangszeitraum zwingend weitergewährt werden. Diesbezügliche Regelungen dürfen nicht – wie derzeit noch in § 37c Abs. 3 S. 2 SGB V (neu) vorgesehen – dem Satzungsrecht der jeweiligen KK vorbehalten bleiben. Dies würde zu erheblichen, nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlungen zwischen den Versicherten führen.

Anders als der Gesundheitsausschuss des Bundesrates erachtet die Bundesvereinigung Lebenshilfe jedoch eine Zeitspanne von 6 Wochen als zu gering und plädiert für einen Zeitraum von 3 Monaten. Betroffen haben auch nach dem Wegfall der Intensivpflegebedürftigkeit höchstwahrscheinlich noch erhebliche gesundheitliche Einschränkungen. Demzufolge wird die Reorganisation der Wohn- und Betreuungssituation in der Regel mehr Zeit in Anspruch nehmen.

7. Kostenzuschuss auch für die Versorgung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorsehen

§ 37c Abs. 3 S. 1 SGB V (neu) sieht den oben beschriebenen Kostenzuschuss nur für die Versorgung in einer stationären Dauerpflegeeinrichtung gem. § 43 SGB XI vor, nicht aber für die Versorgung in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI. Diese Unterscheidung ist unverständlich, da Intensivpflege gem. § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V (neu) nicht nur in Dauerpflegeeinrichtungen, sondern auch in Einrichtungen der Kurzzeitpflege erbracht werden kann und eine Kostenbelastung von Versicherten, die in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden, ausweislich der Gesetzesbegründung vermieden werden soll (S. 26). Gerade für Intensivpflegepatient*innen, bei denen sich

nach einer Krankenhausbehandlung eine Anschlussversorgung z. B. in einer Dauerpflegeeinrichtung nach § 43 SGB XI nicht zeitnah sicherstellen lässt, kommt die übergangsweise Versorgung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in Frage. Da sie in diesem Fall kaum Einfluss auf den Ort der Versorgung haben, sollten sie hierdurch auch nicht benachteiligt werden.

In Anlehnung an die Empfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates (BR-Drs. 86/1/20, S. 2), denen der Bundesrat am 15.05.2020 zugestimmt hat, fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe, dass der in § 37c Abs. 3 S. 1 SGB V (neu) vorgesehene Kostenzuschuss auch bei der Versorgung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung gezahlt wird.

8. Beteiligung der Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung

Gemäß § 132j SGB V (neu) sind die Einzelheiten der Erbringung von Intensivpflege in Rahmenempfehlungen zwischen den Vertretern der Leistungserbringer und den Vertretern der Kostenträger zu regeln. Die getroffenen Festlegungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Empfänger der Leistung, zu denen auch Menschen mit Behinderung gehören. Eine Beteiligung der Selbsthilfe dieser Personengruppe ist aber nicht vorgesehen. Dies widerspricht Art. 4 Abs. 3 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Danach sind Organisationen, die die Interessen von Menschen mit Behinderung vertreten, bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung der UN-BRK und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderung betreffen, einzubeziehen.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher in Anlehnung an die Empfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates (BR-Drs. 86/1/20, S. 6), denen der Bundesrat am 15.05.2020 zugestimmt hat, § 132j Abs. 1 S. 2 SGB V (neu) wie folgt zu ändern:

„Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten vertreten, und der Selbsthilfe chronisch kranker oder behinderter Menschen, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

9. Stärkung der Rehabilitation umfassender regeln

Neben der Neuregelung der Intensivpflege enthält der Gesetzentwurf auch Regelungen zur Stärkung der Rehabilitation, die die Bundesvereinigung Lebenshilfe sehr begrüßt. Zu nennen ist hier bspw. die Abkopplung der Entgeltentwicklung von der Grundlohnsumme und die Erleichterung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation. Allerdings sehen wir in den folgenden Bereichen noch Nachbesserungsbedarf:

a. Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts

Der Gesetzentwurf sieht in § 40 Abs. 2 S. 4 SGB V (neu) vor, dass Versicherte, die sich für eine andere, als die von der KK bestimmte Rehabilitationseinrichtung entscheiden, nicht mehr die gesamten, sondern nur noch die Hälfte der Mehrkosten tragen müssen.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt diese Regelung, da hierdurch das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (§§ 8 SGB IX; 33 S. 2 SGB I) gestärkt wird. Dieses wird derzeit sehr eng durch die KK ausgelegt und häufig durch wirtschaftliche Erwägungen limitiert.

b. Zugangsvereinfachungen nicht auf geriatrische Rehabilitation beschränken

Gemäß § 40 Abs. 3 S. 2 f. SGB V (neu) sollen KK bei einem Antrag auf eine vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation nicht mehr die medizinische Erforderlichkeit prüfen, sofern der Arzt oder die Ärztin die geriatrische Indikation durch geeignete Abschätzinstrumente überprüft hat. Bei allen anderen Indikationen kann die KK die medizinische Erforderlichkeit nur noch auf Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des MD verneinen (vgl. § 40 Abs. 3 S. 4 SGB V (neu)).

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt diese Regelung, weist in diesem Zusammenhang aber ausdrücklich darauf hin, dass nicht nur ältere Menschen einen besonders hohen und dringlichen Rehabilitationsbedarf aufweisen: Dies trifft u. a. auch auf Patient*innen mit schweren neurologisch bedingten Beeinträchtigungen sowie auf einige andere Personengruppen, die z. B. Leistungen der Frührehabilitation wegen schwerer multipler Erkrankungen und Syndrome erhalten, zu. Zu dieser Gruppe können insbesondere auch Menschen mit Behinderung gehören, die bereits pflegebedürftig sind oder pflegebedürftig werden und deren Beeinträchtigung nicht allein durch die vorliegende Behinderung, sondern zusätzlich durch gehäuft auftretende Erkrankungen bedingt ist. Der Pflegebedarf kann auch bei diesem Personenkreis durch einen vereinfachten Zugang zu Rehabilitationsleistungen reduziert oder verhindert werden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher, dass die medizinische Erforderlichkeit der ärztlich verordneten Rehabilitation ebenfalls nicht seitens der KK überprüft wird, wenn bei dem Betroffenen eine schwergradige Beeinträchtigung und ein dringlicher Rehabilitationsbedarf unzweifelhaft bestehen und die Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist, eine drohende oder sich verschlimmernde Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Auch der Bundesrat sprach sich in seinen Empfehlungen vom 15.05.2020 nunmehr dafür aus, die Zugangserleichterungen nicht auf die geriatrische Rehabilitation zu beschränken, sondern immer dann zu ermöglichen, wenn die Maßnahme geeignet ist, eine drohende oder sich verschlimmernde Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Einem entsprechenden Plenarantrag des Landes Schleswig-Holstein (BR-Drs. 86/2/20) stimmte er am 15.05.2020 zu. Auf die Begründung des Antrags wird verwiesen.

c. Dauer für alle Rehabilitationsmaßnahmen verlängern

Der Gesetzentwurf sieht in § 40 Abs. 3 S. 13 SGB V (neu) vor, dass Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation künftig in der Regel ambulant für 20 Behandlungstage und stationär für drei Wochen erbracht werden. Bislang bildete diese Zeitspanne, die nun für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation zur Regel erklärt wird, die Obergrenze.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt diese Regelung, sieht aber auch hier den Bedarf, sie über die Fälle der geriatrischen Rehabilitation auszuweiten (vgl. hierzu auch die Empfehlungen im Plenarantrag des Landes Schleswig-Holstein, BR-Drs. 86/2/20, dem der Bundesrat am 15.05.2020 zustimmte). Durch die jetzige Formulierung, die eine Behandlungsdauer von 20 Tagen bzw. drei Wochen durch das Wort „längstens“ als Obergrenze definiert, wird die Behandlungszeit zu stark limitiert. Das gilt nicht nur für die geriatrische Rehabilitation, sondern für alle rehabilitativen Leistungen.

d. Beseitigung der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung durch die Angleichung der Regelungen zur Rehabilitation in SGB V und SGB VI

Der Gesetzentwurf sieht in § 40 Abs. 3 S. 16 SGB V (neu) vor, dass Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bereits vor dem Ablauf von vier Jahren erneut eine Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen können.

Die Änderung wird begrüßt. Sie entspricht der Regelung zur Kinderrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, die durch das Flexirentengesetz eingeführt wurde (vgl. § 15a SGB VI).

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert aber darüber hinaus, dass die Vorschriften des SGB V und des SGB VI für den Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation auch hinsichtlich des weiteren Anspruchsinhalts angeglichen werden. Unterschiede bestehen bspw. noch bei der Leistungsdauer. Diese beträgt bei einer stationären Reha-Maßnahme über die Rentenversicherung nach § 15a Abs. 4 SGB VI in der Regel mindestens vier Wochen, bei einer stationären Maßnahme über die Krankenversicherung ist sie gem. § 40 Abs. 3 S. 6 SGB V auf höchstens drei Wochen beschränkt. Auch sollte die Altersgrenze für den Anspruch auf Kinder- und Jugendrehabilitation einheitlich gestaltet werden, so dass junge Erwachsene mit Behinderungen, die nicht selbst für ihren Unterhalt sorgen können, sowohl im Rentenversicherungsrecht als auch im Krankenversicherungsrecht bis zum 27. Lebensjahr die Leistung zu den vergünstigten Konditionen erhalten können (vgl. für das Rentenversicherungsrecht §§ 15a Abs. 3 S. 2 i. V. m. 48 Abs. 4 Nr. 2d SGB VI).

Die Angleichung der Vorschriften ist insoweit wichtig, als die Regelung des § 15a SGB VI auf Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung häufig wohl keine Anwendung findet.

Nach § 15a SGB V haben Kinder und Jugendliche nur einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen, wenn die angestrebte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes Einfluss auf ihre spätere Erwerbsfähigkeit haben kann. In diesem Zusammenhang haben uns Problemanzeigen erreicht, dass Anträge von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung häufig abgelehnt werden. Zur Begründung wird angeführt, dass eine spätere Erwerbstätigkeit der Antragsteller aufgrund ihrer geistigen Behinderung ohnehin nicht wahrscheinlich sei und somit nicht von einem positiven Einfluss der Reha-Maßnahme ausgegangen werden könne. Die Betroffenen sind damit auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nach dem SGB V zurückgeworfen. Eine Angleichung der Vorschriften des SGB V und des SGB VI würde die hierdurch entstandene Benachteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung beseitigen.