

Ergänzende Stellungnahme

der

**Bundesarbeitsgemeinschaft
SELBSTHILFE von Menschen mit
Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

**Zu den Änderungsanträgen
zum GWVG**

Als Dachverband von 117 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 12 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE zwar die Zielsetzung der Anträge, die **kontinuierliche Steigung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen für die Pflegekosten eines Pflegeheimplatzes abzumildern**. Gleichzeitig bedauert sie nachdrücklich, dass die vorgesehene Lösung nicht zu einer **wirklichen Entkoppelung der der sinnvollen tariflichen Erhöhungen und der Eigenanteile der Pflegebedürftigen** kommt und die vorgesehenen **Erleichterungen erst ab dem zweiten Jahr** gelten. Die Regelungen bleiben damit weit hinter der notwendigen Reform der Pflege zurück, die im Eckpunktepapier u.a. mit dem dort dargelegten Sockel-Spitze--Tausch beschrieben

wurden, der eine echte Entkoppelung der Eigenanteile von den tariflichen Steigerungen bewirkt hätte. Dies wird seitens der BAG SELBSTHILFE sehr bedauert.

Zudem birgt die vorgesehene Regelung auch das Risiko, dass den **Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich durch tarifliche Erhöhungen** immer weniger Leistungen zur Verfügung stehen und sich dadurch die ohnehin dort bestehende Unterversorgung weiter verschärft. Hier wäre es dringend erforderlich, eine **Dynamisierung der Leistungen** vorzusehen, wie sie ja auch bereits im Eckpunktepapier vorgesehen war. Zudem muss sichergestellt werden, dass auf keinen Fall Budgets- etwa für die Tagespflege - gekürzt werden dürfen.

Auch das Thema Investitionskosten wurde leider im Entwurf - im Gegensatz zum Eckpunktepapier zur Pflegereform - nicht berücksichtigt. Dies ist umso unverständlicher, als die Übernahme der Investitionskosten zu Beginn des Aufbaus der Pflegeversicherung wegen der Entlastung der Sozialhilfe klar von den Ländern übernommen werden sollte. Dies ist nie wirklich geschehen, vielmehr übernehmen derzeit **kaum noch Länder Beiträge zur Investitionskostenfinanzierung** mit der Folge, dass die Betroffenen auch diese Kosten übernehmen müssen, obwohl diese an sich als Kosten der Daseinsvorsorge von den Ländern zu übernehmen sind. Im Grunde bezahlen die Pflegebedürftigen zwei Mal die Investitionskosten- einmal über ihre Steuern und das andere Mal direkt an das Pflegeheim; im Übrigen ist dies ähnlich wie bei der - unzureichenden - Investitionskostenfinanzierung der Länder bei den Krankenhäusern. Hier hätte die Übernahme eines Teils der Kosten durch die Länder für die Investitionskosten der Pflegeheime zumindest ein Einstieg in die an sich gebotene vollständige Übernahme der Kosten durch die Länder sein können.

Dabei darf zudem nicht aus dem Blick geraten, dass die Betroffenen nach wie vor die **Kosten für Unterkunft und Verpflegung** weiterhin zusätzlich zu den Pflegekosten im engeren Sinne und den Investitionskosten schultern. Hier wären aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE zumindest Kontrollmechanismen durch unabhängige Stellen einzuführen, da oft der Eindruck besteht, dass diese Kosten nicht mehr wirklich durch die tatsächlich anfallenden Kosten erklärbar sind.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

I. Zu den Änderungsanträgen

1. Erweiterte Befugnisse von qualifizierten Pflegekräften zur Verordnung von bestimmten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sowie von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln (Art. 1 Nr. 2, § 33 SGB V, Art. 2 Nr. 8 § 40 SGB XI)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Regelung zu den erweiterten Verantwortlichkeiten für Pflegekräfte im SGB V und im SGB XI zur Verordnung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln im Grundsatz. Weitere Regelungen zur eigenverantwortlichen Übernahme von Leistungen durch Pflegekräfte und andere qualifiziert ausgebildete Personen (z.B. Physician Assistant, Telemedizinische Assistenz, Nurse Practitioner) werden in der Zukunft dringend benötigen werden, um die Versorgung auch künftig sicherzustellen. Gleichzeitig beseht aber natürlich auch das Risiko, dass es durch die entsprechende Übertragung - insbesondere im Bereich der seltenen Erkrankungen - auch zu Problemen bei den Betroffenen kommt. Menschen mit Seltenen Erkrankungen erleben in der bestehenden Versorgung durch Pflegefachpersonen bereits Defizite, weil den Pflegepersonen i.d.R. die krankheitsspezifischen Bedarfe der Betroffenen nicht bekannt sind. Es steht zu befürchten, dass sich diese Unkenntnis auch bei der Verordnung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln für die Betroffenen nicht förderlich auswirken wird. Vor diesem Hintergrund sollte die entsprechende Verordnungskompetenz der Pflegekräfte mit Patientenbeteiligung geregelt werden.

Dabei fehlt es jedoch bei den Regelungen für den Bereich des SGB XI noch an einer Patientenbeteiligung. Während im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) der GBA mit der Regelung der Umsetzung beauftragt ist und dadurch die entsprechende Patientenbeteiligung auch sichergestellt wird, fehlt eine entsprechende Regelung in § 40 SGB XI. Hier sind sowohl bei der Erstellung der Richtlinie als auch bei der Evaluation nur die Berufsverbände der Pflegekräfte auf Bundesebene durch die Pflegekassen zu beteiligen, nicht jedoch die Pflegebedürftigenvertreter (Verbände nach § 118 SGB XI). Es wird daher seitens der BAG SELBSTHILFE dringend um entsprechende Nachbesserung gebeten.

2. KAP: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen (Art: 1 Nr. 5, § 64d SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE hält zwar Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, welche durch die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten den Arzt/die Ärztin in der Ausübung ihrer Tätigkeit entlasten können, für sinnvoll. Dies ist mit Blick auf die personellen Ressourcen in der medizinischen Versorgung - schon heute und noch mehr in der Zukunft - insbesondere außerhalb der städtischen Ballungszentren, eine Notwendigkeit.

Allerdings bleibt unklar, weswegen nicht die vorhandenen und bereits erarbeiteten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses genutzt werden, die im Übrigen mit Patientenbeteiligung erarbeitet wurden; auf diese Beteiligung wird ja - zu Unrecht - in dem vorliegenden Entwurf verzichtet. Sollte man an der Regelung festhalten, wäre eine entsprechende Patientenbeteiligung aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE zu ergänzen.

Insgesamt fehlen aus der BAG SELBSTHILFE zudem gesetzliche Regelungen zum entsprechenden Haftungsrecht, einer sektorenübergreifenden Versorgung sowie der entsprechenden Finanzierung. Dabei ist der gesetzte Zeitraum von vier Jahren für den Aufbau, die Umsetzung und Evaluation des geforderten Modellvorhabens aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE zu kurz gewählt. Bereits bestehende Konzepte sind in Zeiträumen zwischen 6-8 Jahren gewachsen.

3. Personalbemessungsverfahren (Art. 2 Nr. 7, § 113c SGB XI)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es sehr, dass für die Empfehlungen der Verträge zu den Details des Personalbemessungsverfahrens sowohl die Verbände der Pflegeberufe als auch die der Pflegebedürftigen eng einbezogen werden sollen. Um jedoch eine sinnvolle Einbeziehung bereits von Anfang an sicherzustellen, sollte aus ihrer Sicht klarstellend folgendes ergänzt werden:

*„Sie arbeiten dabei **von Beginn der Verhandlungen** mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen*

für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen.“

4. Verstetigung des Qualitätsausschusses (Art. 2 Nr. 15 § 113b SGB XI)- Ergänzungen zur Pflegebedürftigenvertretung

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Verstetigung und Neuaufstellung des Qualitätsausschusses; auch die Entwicklung eines Krisenkonzeptes für das Qualitätsmanagement der Einrichtungen wird in Anbetracht der Erfahrungen in der Pandemie sehr positiv gesehen. Über die vorgesehenen Regelungen hinaus hält sie jedoch auch eine Angleichung der Regelungen der Pflegebedürftigenvertretung im Qualitätsausschuss an die Regelungen des § 140f SGB V für notwendig.

Angesichts der umfassenden Arbeitsaufträge an den Qualitätsausschuss hält sie eine Stabsstelle zur Unterstützung der Pflegebedürftigenvertretung für sinnvoll. Vor diesem Hintergrund wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:

„Die nach Satz 1 maßgeblichen Organisationen sowie die entsandten Personen werden bei der Durchführung ihrer gesetzlich vorgesehenen Mitberatungsrechte von dem Qualitätsausschuss nach § 113b durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. ⁶Hierzu erstatten der Qualitätsausschuss nach § 113b den in Satz 1 genannten Organisationen die Aufwendungen für die Einrichtung einer Stabsstelle Pflegebedürftigenbeteiligung. ⁷Die Unterstützung erstreckt sich insbesondere auf die Organisation von Fortbildungen und Schulungen, auf die Aufbereitung von Sitzungsunterlagen und auf die Ausübung des genannten Antragsrechts.“

Ferner sollten auch die Regelungen zu den Reisekosten und dem Verdienstausschluss an die Regelungen des § 140f angepasst und die Begrenzung auf ehrenamtlich Tätige aufgehoben werden:

„Die entsandten Personen haben gegenüber dem Qualitätsausschuss nach § 113b einen Anspruch auf Übernahme von Reisekosten, Aufwandsentschädigung und

Verdienstausschuss nach Satz 8 für jährlich bis zu zwölf Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie für Fortbildungen und Schulungen.“

5. Beratung durch die Pflegekassen (Art. 2 Nr. 15 § 7b SGB XI)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Verdeutlichung der Beratungspflicht durch die Pflegekassen; allerdings sollte unter Beachtung der UN-BRK klargestellt werden, dass diese in eine barrierefreie Ausgestaltung ermöglicht werden muss.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE muss auch die Qualität der Beratung der Pflegestützpunkte kontinuierlich verbessert werden. Insoweit sollte etwa auch das für die Versorgung von Betroffenen von Seltenen Erkrankungen erforderliche krankheitsspezifische Wissen bei den beratenden Mitarbeiterinnen der Pflegestützpunkte erworben werden; zudem sollten neben den Leistungen der Pflegeversicherung auch zu weiteren für die Betroffenen relevante Sozialleistungen, wie z.B. das Persönliche Budget oder Familienunterstützende Dienste, aber auch Leistungen der Rehabilitation beraten müssen. Zwar ist eine Einbeziehung der Reha-Träger des SGB IX in § 7a festgelegt, in der Praxis scheinen jedoch kommunale Hilfestrukturen noch zu wenig berücksichtigt werden. Insgesamt sollten flächendeckende regionale Care- und Casemanagement-Strukturen aufgebaut werden, um individuelle Pflege- und Sozialleistungsarrangements für die entsprechenden pflegebedürftigen Menschen zielgruppenorientiert zu ihren, ihnen zustehenden Pflege- und Sozialleistungen zu beraten und bis zum Erhalt begleiten.

Schließlich hat die BAG SELBSTHILFE erhebliche Zweifel daran, ob die zugrundeliegenden Annahmen, wonach eine Beratung zu Kostenerstattungsansprüchen nur bei erstmaliger Inanspruchnahme notwendig ist, wirklich zutreffend ist. In jedem Fall führt sie zu einer zusätzlichen Prüfung auf Seiten der Pflegestützpunkte, ob der Betroffene nun auch wirklich einen Anspruch auf Beratung hat und dadurch nicht zu einem Weniger, sondern sogar zu einem Mehr an Bürokratie. Insoweit lehnt die BAG SELBSTHILFE eine derartige Einschränkung des Anspruchs auf Beratung ab.

II. Weiterer Änderungsbedarf im GVWG

Über die Änderungsanträge hinaus sieht die BAG SELBSTHILFE noch weiteren dringenden Änderungsbedarf:

6. Vereinbarung regionaler Besonderheiten für den Bereich der Heilmittelerbringung

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Kompetenz zum Abschluss von Versorgungsverträgen grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert. Je Heilmittelbereich wird fortan ein bundeseinheitlicher Vertrag mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer geschlossen, um Verhandlungen „auf Augenhöhe“ zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern zu gewährleisten. Versorgungsverträge auf Landesebene verlieren damit grundsätzlich ihre Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der bundesweiten Versorgungsverträge. Der Gesetzgeber hatte hierbei offenbar die auf Landesebene geschlossenen Versorgungsverträge zu Förderschulen, Förderkindergärten und anderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe übersehen, aufgrund derer Heilmittel an Menschen mit Behinderungen bzw. an von Behinderung bedrohte Menschen, darunter vorwiegend Kinder und Jugendliche abgegeben werden. Hiervon betroffen sind zum Beispiel alle Förderschulen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Die Versorgung erfolgt in diesen Fällen durch angestellte Therapeuten und Therapeutinnen als Teil eines interdisziplinären Teams nach einem integrierten Konzept von pädagogischer und teilhabeorientierter Versorgung, das von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) als Versorgungsform ausdrücklich empfohlen wird und bislang auch wirksam zur Versorgung von Menschen mit Behinderung praktiziert wurde¹. Auch die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundes- und Länderebene haben sich in Beschlüssen vom November 2020 für eine Fortsetzung der Heilmittelabgabe an Menschen mit Behinderungen in diesen besonderen Einrichtungen ausgesprochen und das BMG gebeten, „in § 125 SGB V eine gesetzliche Klarstellung im Sinne einer Länderöffnungsklausel vorzunehmen, damit das Weiterbestehen

¹ Überlegungen aus der DVfR zur Heilmittelerbringung für Menschen mit Behinderungen durch Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach Änderung der §§ 124 ff. SGB V durch das TSVG“, 22.09.2020

und auch die Weiterentwicklung der für die Betroffenen wichtigen Verträge auf eine sichere rechtliche Grundlage gestellt wird.“

Wie im Fall der Versorgung mit kurortsspezifischen Heilmitteln, welche sinnvoll nicht auf Bundesebene geregelt werden kann, bedarf es einer eigenen Ermächtigungsgrundlage für regionale Versorgungsverträge, die die Besonderheiten der Heilmittelerbringung an Förderschulen, Förderkindergärten oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von Behinderungen bedroht sind, regeln. Der Bundesrat hatte in seiner Stellungnahme zum Fairer-Kassenwettbewerbs-Gesetz (GKV-FKG) bereits die Ergänzung von § 127 Abs. 7 SGB V zur Schaffung einer sicheren Rechtsgrundlage für die die Bundesverträge ergänzenden Regionalverträge gefordert (Empfehlung des federführenden Gesundheitsausschusses vom 29.11.2019, BR-Drs. 517/1/19). Dieser Antrag wurde jedoch abgelehnt wegen einer zu pauschalen Formulierung der Voraussetzungen zulässiger vertraglicher Regelungen auf Länderebene.

Durch die in den Änderungsantrag nun aufgenommene klare Orientierung an der Behinderteneigenschaft im Sinne des Sozialrechts (§ 2a SGB V und § 2 Abs.1 SGB IX) als Voraussetzung der Zulässigkeit regionaler Versorgungsverträge ist ein spezifisches Kriterium geschaffen, das eine systemkonforme Gestaltung regionaler Versorgungsverträge ergänzend zu den nach § 125 Abs. 1 SGB V grundsätzlich auf Bundesebene zentrierten Verhandlungs- und Vertragsschließungskompetenzen ermöglicht.

Insoweit schlägt die BAG SELBSTHILFE im Anschluss an die DVfR folgende Regelung vor. In § 125 Abs. 7 SGB V wird nach Satz 1 als neuer Satz 1a eingefügt:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können ergänzend zu den Verträgen nach Absatz 1 weitere Verträge zur Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von Behinderung bedroht sind, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und Bedarfe schließen.

7. Verpflichtung der KZBV zur Bereitstellung von Informationen zur Barrierefreiheit von zahnärztlichen Praxen

Im DVPMG wurde geregelt, dass die KBV Informationen über die Barrierefreiheit ihrer Praxen bereit zu stellen. Dies ist sehr zu begrüßen, allerdings sieht die BAG SELBSTHILFE noch an zwei Stellen Ergänzungsbedarf:

a. Institutionen für eine Fremderhebung

Viele Merkmale der Barrierefreiheit können mangels Sachkunde von Ärztinnen und Ärzten bzw. deren Praxispersonal gar nicht selber erhoben werden. Eine bundeseinheitliche Datenerhebung kann somit nur sichergestellt werden, wenn es hierfür Institutionen gibt, welche die Erhebungen durchführen können. Diese müssen gesetzlich geregelt sein, damit die Finanzierung nach den Haushalten der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden kann.

Insoweit sollte in § 75 Abs. 7 S. 1 Nr. 3a SGB V angefügt werden:

Dies beinhaltet auch, Regelungen zur entsprechenden Fremderhebung der Daten aus den Praxen zu treffen.

b. Verpflichtung für die KZBV zur Veröffentlichung über die Barrierefreiheit von Zahnarztpraxen

Bisher nicht geregelt ist die Verpflichtung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Informationen über die Barrierefreiheit von zahnärztlichen Praxen bereit zu stellen. Menschen mit Behinderungen und Einschränkungen benötigen aber auch Informationen darüber, welche Zahnarztpraxen barrierefrei ausgestaltet sind, zumal die Pflicht zur Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen nach der UN-BRK für alle gesundheitlichen Einrichtungen gilt.

Insoweit sollte in § 75 Abs. 7 folgender (Ab-)Satz angefügt werden:

Die Pflicht zum Erlass der Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3a gilt entsprechend für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

c. Perspektivische Implementierung einer Schnittstelle

Die BAG SELBSTHILFE bedauert es sehr, dass offenbar die Schnittstelle für die Nutzung der Daten zur Barrierefreiheit nicht beschlossen wurde. Sie hält es jedoch für dringend erforderlich, diese weiterhin auf der Agenda zu halten, damit auch andere Anbieter auf diese Informationen zugreifen können und sich die Betroffenen aus einer für sie passenden Quelle informieren können.

8. Regelung zur Assistenz im Krankenhaus

Seit Jahren ist das Problem von Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Mitnahme ihrer Assistenz ungeklärt- mit Ausnahme der Menschen, die ihre Assistenz im Arbeitgebermodell beschäftigen; letzteres ist aber nur bei einer verschwindend geringen Minderheit der Fall. Wie die Fachverbände von Menschen mit Behinderungen zu Recht verweisen, brauchen Menschen mit Behinderungen jedoch häufig die Begleitung einer vertrauten Assistenz, um die Behandlung zu ermöglichen. Die unzureichende Finanzierung dieser Leistung führt jedoch dazu, dass Behandlungen aufgeschoben werden oder im schlimmsten Fall ganz unterbleiben.

Neben einer Regelung im Bereich der Eingliederungshilfe sollte deswegen auch der § 11 Abs. 3a überarbeitet werden; es wird folgende Regelung vorgeschlagen:

(3a) Die Mitaufnahme einer Begleitperson in ein Krankenhaus nach § 108 SGB V ist aus medizinischen Gründen 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 Verdienstaussfall 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 gelten entsprechend. In der Zeit, in der eine Verdienstaussfallentschädigung in Anspruch genommen wird, kann kein Kinderkrankengeld nach § 45 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 die Verbände nach § 140f SGB V und 118 SGB V sind zu beteiligen. Die Vereinbarung bedarf der Zustimmung des BMG und des BMAS. Kommt diese nicht zustande wird der Personenkreis durch das BMG im Benehmen mit dem BMAS oder durch diese beauftragte Dritte festgelegt.

Düsseldorf/ Berlin, den 07.05.2021