



**Sekretariat:**  
**Allgemeiner Behindertenverband  
In Deutschland e.V.**  
Friedrichstraße 95  
10117 Berlin  
Tel.: +49 (0) 30 28 09 54 27  
Fax: +49 (0) 30 27 5934 30  
Mail: [info@deutscher-behindertenrat.de](mailto:info@deutscher-behindertenrat.de)  
[www.deutscher-behindertenrat.de](http://www.deutscher-behindertenrat.de)

Berlin, den 04. März 2015

## 7. Sitzung des Hochrangigen Beteiligungsverfahrens BTHG – Positionen der DBR-Verbände zum Thema

### Krankenversicherung (SGB V), insbesondere häusliche Krankenpflege und Soziotherapie und Hilfsmittel

---

*Mit der vorliegenden Stellungnahme legen die Verbände des Deutschen Behindertenrates (DBR) ihre einvernehmliche Positionierung zur Schnittstelle Eingliederungshilfe-SGB V vor. Die Thematik war Gegenstand der 7. Sitzung der AG Bundesteilhabegesetz am 19. Februar 2015. Bezug genommen wird auf das sitzungsvorbereitende BMAS-Arbeitspapier mit Stand: 5. Februar 2015; zeitlich nachfolgende Überarbeitungen des BMAS-Arbeitspapiers wurden nicht mehr berücksichtigt.*

#### **1. Zum Sachverhalt**

##### **Häusliche Krankenpflege**

Die DBR-Verbände betonen, dass Versicherte Ansprüche aus dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach SGB V haben und diese einfordern können müssen. Auch Menschen mit Behinderungen sind Versicherte. Auch ihnen gegenüber stehen die Krankenkassen daher grundsätzlich in der Leistungspflicht. Diese Feststellung muss Ausgangspunkt für die Debatte zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sein, auch wenn die Menschen mit Behinderungen in (vollstationären) Einrichtungen der Behindertenhilfe wohnen. Dort ist ihr – oft dauerhaftes – Zuhause, dort müssen sie auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten können. Die GKV darf sich nicht länger ihrer Leistungspflicht gegenüber dieser Versichertengruppe entziehen. Diese Perspektive kommt nach Ansicht der DBR-Verbände in der Sachverhaltsdarstellung zu kurz.

Überdies sollten im Sachverhalt wichtige Initiativen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ergänzt werden. 2009 verwies das BMG in einem Schreiben an den Landeswohlfahrtsverband

Hessen darauf, dass Versicherte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (§ 37 SGB V) beanspruchen können. Diese Position erneuerte das BMG 2014. Hierauf sollte der Sachverhalt eingehen.

Ergänzend hinweisen möchten die DBR-Verbände im Kontext medizinischer Behandlungspflege auf die hohen Hürden im Bereich der psychiatrischen Behandlungspflege. Hier bestehen Praxisdefizite und bundesweit erhebliche Unterschiede. Der Sachverhalt sollte darauf hinweisen, dass der gesetzliche Anspruch der Versicherten hier in der Praxis oft „ausgebremst“ wird.

### **Soziotherapie**

In § 37a SGB V ist der Anspruch der Versicherten auf Soziotherapie festgelegt. Doch es bestehen verschiedene Regelungslücken, die dazu führen, dass der Anspruch in der Praxis oft nicht eingelöst werden kann. Diese Praxisdefizite wiederum führen dazu, dass die Betroffenen in Leistungssysteme geraten, die für ihren Behandlungs- und Unterstützungsbedarf völlig inadäquat sind. Neben psychiatrischen Einrichtungen zählen hierzu Leistungen der Pflege oder der Eingliederungshilfe, die den spezifischen Bedarf an Soziotherapie gar nicht abdecken können. Diese Problematik sollte in der Sachverhaltsdarstellung noch deutlicher zum Ausdruck kommen.

### **Hilfsmittel**

Hilfsmittel haben für die Teilhabe behinderter Menschen eine enorme Bedeutung! Diese Bedeutung wird auch in dem umfassenden, weiten Rehabilitationsbegriff der UN-BRK deutlich, ihr wird jedoch im BMAS-Arbeitspapier nicht hinreichend Rechnung getragen.

Nach § 26 BRK sind [...] *„Maßnahmen zu treffen, die behinderte Menschen in die Lage versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in und volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“* Die BRK fordert, umfassende Rehabilitationsprogramme und Dienste zu organisieren.

Dieses weite Verständnis klammert die Sachverhaltsdarstellung aus. Stattdessen wird der enge Rehabilitationsbegriff des Bundessozialgerichts und seine – durchaus problematische – Rechtsprechung zum unmittelbaren und mittelbaren Behinderungsausgleich breit referiert. Auch die aus der Verortung der Hilfsmittel im Verordnungsrecht nach SGB V sich ergebende Problematik, die eine „Herauslösung aus den Prämissen des SGB IX“ bedingt, bleibt ausgespart. Nicht zuletzt sollten Probleme der Praxis (Stichworte: Wohnortnahe Versorgung, Bereitstellungsprobleme, Ausschreibungsproblematik) Erwähnung finden.

Die DBR-Verbände wiederholen, dass Menschen mit Behinderungen auf eine zeitnahe adäquate, d. h. bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung zentral angewiesen sind. In der Praxis kommt es hier immer wieder zu erheblichen Problemen. Die Leistungserbringung durch Krankenkassen nach § 33 SGB V erfolgen zuweilen willkürlich, intransparent und nicht zeitnah. Dabei sind Leistungsausschlüsse oder –begrenzungen bei der Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen oft mit erheblichen gesundheitlichen Gefährdungen und weiteren Risiken verbunden. Den DBR-Verbänden geht es daher in erster Linie darum, dass die nötigen

Hilfsmittel zur Verfügung stehen, erst in zweiter Linie steht für sie die Kostenträgerschaft. Die Sachverhaltsdarstellung setzt hier leider eher den umgekehrten Schwerpunkt.

## **2. Handlungsbedarf**

### **Häusliche Krankenpflege**

Der Handlungsbedarf wird sehr unzureichend dargestellt. Der Koalitionsvertrag unrichtig zitiert. Dort wird gefordert zu vermeiden, dass eine *neue* Ausgabendynamik entsteht. Das Wort „neue“ ist zu ergänzen. Durch das Zitieren dieses Satzes wird überdies ein (falscher) Eindruck vermittelt: Beim Zugang zur medizinischen Behandlungspflege als SGB-V-Leistung für versicherte Menschen mit Behinderungen in Eingliederungshilfeeinrichtungen geht es um den Zugang zu ihnen zustehenden (Versicherungs-) Leistungen, nicht um eine Frage von Ausgabendynamik. Insoweit ist auch der Satz *„Aus Sicht der Versichertengemeinschaft der GKV schließt dies eine Kostenverlagerung anderer Träger auf die GKV aus“* bedenklich. Die DBR-Verbände betonen, dass auch behinderte Menschen zur Versichertengemeinschaft dazugehören, ihnen die (Versicherungs-) Leistung nach § 37 SGB V jedoch vorenthalten wird. Nicht zuletzt macht es der Grundsatz der Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe neu erforderlich, Leistungen unabhängig von der Wohnform zu erbringen, so dass auch insoweit SGB-V-Leistungen hier nicht länger versagt werden dürfen. Hier besteht gesetzlich klarstellender Handlungsbedarf.

### **Soziotherapie**

Aus Sicht der DBR-Verbände ist es erforderlich, dass der Anspruch auf Soziotherapie näher konturiert und mit den notwendigen Regelungen zur Sicherstellung (niedrigschwelliges, flächendeckendes und bedarfsgerechtes qualitativ hochwertiges Angebot an ambulanter Soziotherapie) und Vergütung unterlegt wird, um den bestehenden großen Defizite der Praxis entgegenzuwirken.

### **Hilfsmittel**

Der DBR betont: Menschen mit Behinderungen sind auf die bedarfsgerechte, zügige Bereitstellung von Hilfsmitteln zentral angewiesen. Ihnen geht es in erster Linie darum, dass die nötigen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, erst in zweiter Linie steht für sie die Kostenträgerschaft. Daher wird der im BMAS-Arbeitspapier allein an Zuständigkeitsfragen ausgerichtete Handlungsbedarf von den DBR-Verbänden abgelehnt.

## **3. Handlungsoptionen**

### **a) Häusliche Krankenpflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

Die Option aa) (Klärung durch die Rechtsprechung) wird verbändeseitig abgelehnt, da eine solche Klärung durch die Rechtsprechung nicht ausreichend sein wird.

Gleiches gilt für Option bb); auch eine Regelung der Problematik durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird als nicht ausreichend angesehen.

Die Option cc), d. h. die gesetzliche Konkretisierung, unter welchen Voraussetzungen häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe geleistet wird, wird „als das Mindeste“ befürwortet.

Option dd) wird als die weitgehendste Option befürwortet unter der Maßgabe, die Option wie folgt formuliert wird: *„Es wird gesetzlich geregelt, dass häusliche Krankenpflege in – bisher vollstationären – Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen **durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 37 SGB V** vorrangig gegenüber den Leistungen anderer Leistungsträger erbracht wird.“*

### **Häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen**

Die Option aa), die eine Präzisierung der Begrifflichkeit „besonders hoher Pflegebedarf“ durch eine GBA-Richtlinie vorsieht, wird als nicht zielführend abgelehnt. Schon heute ist die entsprechende Richtlinie „erschöpfend“ konkret gefasst.

Als Mindestoption befürwortet der DBR bb), die eine gesetzliche Präzisierung vorschlägt, in welchen Fällen ein „besonders hoher“ Pflegebedarf als Voraussetzung für Leistungen der GKV anzunehmen ist, und die damit Schnittstellenprobleme zu beseitigen versucht.

Eigentlich jedoch sehen die DBR-Verbände eine gesetzliche Präzisierung gemäß Option cc) für notwendig an, wobei diese Option jedoch wie folgt zu formulieren wäre: *Es wird gesetzlich geregelt, dass häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen **durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 37 SGB V** vorrangig gegenüber den Leistungen anderer Leistungsträger erbracht wird.“*

### **Soziotherapie**

Die Option a) lehnt der DBR ab; die (nochmalige) Überarbeitung der Soziotherapie-Richtlinie durch den GBA reicht nicht (mehr).

Gleiches gilt für Option b), die die Prüfung des gegenwärtigen Vorgehens der Krankenkassen hinsichtlich der Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer vorsieht. Diese Option ist nicht ausreichend, der Gesetzgeber muss aktiv werden.

Aus dem gleichen Grund kann der DBR auch Option c), der die Einführung einer Schiedsverfahrensregelung für Verträge zwischen Leistungsträgern und –erbringern vorsieht, nicht zustimmen.

Der DBR fordert, eine neue Handlungsoption d) in das BMAS-Arbeitspapier aufzunehmen, die die Notwendigkeit für gesetzgeberische Schritte hinsichtlich

- der Konturierung des Leistungsanspruchs
- der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und
- der Vergütungsproblematik

aufzeigt.

Begründung zur Konturierung des Leistungsanspruchs:

§ 37a Abs. 2 SGB V weist dem G-BA u. a. die Aufgabe zu, die Krankheitsbilder festzulegen, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist.

Mit seinem Beschluss vom 22.01.15 hat der G-BA bereits eine klarstellende Erweiterung der relevanten Krankheitsbilder vorgenommen. Nach Auffassung der Patienten- und Behindertenverbände kommt es bei der Definition des Leistungsbereichs aber nicht auf die Detailindikationen der Indikationsgruppe F an, sondern darauf, ob jemand aufgrund einer F-Diagnose daran gehindert ist, selbst eine ärztliche Behandlung aufzusuchen. § 37a SGB V ist daher entsprechend zu konkretisieren.

Überdies fehlt es bislang an einer klaren Regelung, wer die Qualifikation der Leistungserbringer verbindlich definiert. In § 37a SGB V findet sich hierfür kein Regelungsauftrag für den G-BA, was auch so vom Bundesministerium für Gesundheit rechtsaufsichtlich bestätigt wurde. Es existiert auch kein klarer Regelungsauftrag für die Krankenkassen, da in § 132b SGB V nur davon die Rede ist, dass diese mit „geeigneten Personen“ Verträge abschließen „können“. Daher muss der G-BA in § 37a SGB V die Aufgabe verbindlich zugewiesen bekommen, die Qualifikationserfordernisse für die Leistungserbringer zu definieren.

Begründung zur Frage des Sicherstellungsauftrags:

Wenn schon unklar ist, wer Leistungserbringer sein kann, dann kann auch kein klarer Sicherstellungsauftrag formuliert werden. Da es sich nicht um eine ärztliche Leistung handelt, scheidet das Instrumentarium der Bedarfsplanung (§§ 90ff SGB V) aus. § 132b SGB V ist mit seiner Kann-Regelung viel zu schwach ausgestaltet, um einen Sicherstellungsauftrag zu konkretisieren.

Notwendig ist eine Regelung, wie sie für die Heilmittel-Leistungserbringer in den §§ 124 und 125 SGB V bereits ausformuliert ist. Diese muss als zwingende Vorschrift ausgestaltet werden.

Zwar wird das Versorgungsgeschehen aktuell teilweise auch über Verträge nach §§ 140a ff. SGB V geregelt. Die Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer, die Indikationen für die Anspruchsberechtigung etc. sind in solchen Verträgen jedoch sehr uneinheitlich, wodurch ein unüberschaubarer „Flickenteppich“ entstanden ist.

Zur Frage der Vergütungsregelungen:

Der vorgenannte „Flickenteppich“ weist überdies massive Lücken auf, da sich aufgrund unzureichender Vergütungsregelungen oftmals gar keine Leistungserbringer finden, die den Anspruch der Versicherten einlösen. Auch dies zeigt, dass ein klarer Sicherstellungsauftrag unabdingbar ist und dass eine adäquate Regelung zum Vergütungsgeschehen analog zu § 125 Abs. 2 SGB V erforderlich ist.

## **Hilfsmittelversorgung**

Die Handlungsalternativen a) Vereinbarung zwischen den Sozialleistungsträgern, b) Einführung einer Institution zur Klärung von Abgrenzungsfragen und c) Katalog zur Hilfsmittelabgrenzung lehnt der DBR als deutlich zu eng geführt ab. Hinsichtlich der Option b) ist kritisch anzumerken, dass dies im Einzelfall sogar verfahrensverlängernd wirken könnte. Der Hilfsmittelkatalog nach Option c) kritisiert der DBR deutlich, denn eine Kataloglösung begründet die Gefahr von Unzuständigkeiten. Stattdessen könnte über andere Wege anteiliger Kostentragung bei Hilfsmitteln, z. B. nach dem Vorbild der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zu doppelfunktionalen Hilfsmitteln 2013 nachgedacht werden.

Der DBR sieht im Bereich Hilfsmittelversorgung ganz erheblichen, über die reine Zuständigkeitsproblematik hinausgehenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf, wobei er befürwortet, inhaltliche und verfahrensbezogene Verbesserungen im SGB IX zu verorten. In diesem Kontext verweist er auf die Funktion der Gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22,23 SGB IX, auf das Spannungsverhältnis zwischen dem Vertragsgeschehen des SGB V und den teilhabeorientierten rehabilitativ weiten Zielen des SGB IX, die Notwendigkeit der Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX und das Erfordernis der Abkehr von Rechtsprechung zum unmittelbaren/mittelbaren Behinderungsausgleich.

#### **4. Zu Bewertungskriterien**

##### **Häusliche Krankenpflege**

In Bezug auf die Ausführungen zur BRK-Relevanz (S. 11), konkret auf Art. 25 Buchstabe b) BRK, ist die Diskriminierungsdimension zu ergänzen, so dass es nunmehr hieße: „[...] bieten die Vertragsstaaten **diskriminierungsfrei** die Gesundheitsleistungen an, [...]“. Ergänzt werden sollte zudem der Maßstab, den Art. 25 BRK aufstellt: Er anerkennt das „Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“.

Die Ausführungen erwecken zudem den Eindruck, bei der häuslichen Krankenpflege für Menschen in Eingliederungshilfeeinrichtungen gehe es nur um eine Zuständigkeitsfrage. Der DBR lehnt den entsprechenden Passus klar ab und fordert die Streichung. Denn es geht hier nicht um Zuständigkeitsfragen, sondern darum, die Versagung von Anspruchsleistungen nach dem SGB V für die versicherten behinderten Menschen in Einrichtungen endlich abzuschaffen und ihren Anspruch auf diese Versicherungsleistung durchzusetzen.

Der Verweis auf die komplizierte gesetzliche Umsetzbarkeit (Risikostrukturausgleich) im Absatz zur gesetzestechnischen Umsetzbarkeit erscheint überbewertet. Gleiches gilt auch für den Absatz für Werkstätten.

##### **Hilfsmittelversorgung**

Die Ausführungen zu Art. 25, 26 UN-Behindertenrechtskonvention (S. 13) sollten die oben bereits angesprochene Diskriminierungsdimension einschließen: Es geht um die Sicherstellung der Leistungen „ohne Diskriminierung“. Im Übrigen sehen die DBR-Verbände kritisch, dass sämtliche – sich auf die Zuständigkeitsklärung reduzierenden – Optionen unterschiedslos als „den BRK-Zielen dienend“ bewertet werden.

Berlin, den 4.3.2015