



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-56
Fax. 0211/31006-48

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0104(9)

gel. VB zur öAnhörung am 06.05.
15_Menschen mit Behinderung
05.05.2015

Stellungnahme der

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

zum

**Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN:
„Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit
Behinderungen menschenrechtskonform gestalten“**

**- Anhörung im Gesundheitsausschuss im Deutschen
Bundestag am 6. Mai 2015 -**

Als Dachverband von 120 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN sehr. Zu Recht wird im Antrag festgestellt, dass es in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen nach wie vor erhebliche Defizite gibt:

1. Barrierefreiheit

a. Herstellung der Barrierefreiheit

Eines der zentralen Probleme für Menschen mit Behinderungen ist die mangelnde Zugänglichkeit des Gesundheitssystems. Dabei wird die Zugänglichkeit nicht als bauliche Zugangsmöglichkeit, sondern im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention als Accessibility verstanden; damit ist nicht nur die körperliche Zugänglichkeit gemeint, etwa durch rollstuhlgerechte Ausgestaltung, sondern etwa auch der Abbau von kommunikativen Barrieren, etwa durch Gebärdendolmetscher bei Hörbehinderungen oder Verwendung leichter Sprache bei Menschen mit geistiger Behinderung. Es wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich begrüßt, dass der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN ausdrücklich auf das **Zwei Sinne Prinzip** hinweist: Danach sollen mindestens zwei der drei Sinne „Hören, Tasten und Sehen“ angesprochen werden, was Menschen mit Behinderungen das Verständnis der Information enorm erleichtert.

Ebenso wichtig ist eine gute Schulung der Ärzten und sonstigen Leistungserbringern in der Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen. So haben etwa Menschen mit einer geistigen Behinderung häufig Probleme, ihre Symptome richtig zu schildern oder zuzuordnen; hier wäre eine **Aus- und Fortbildung von Ärzten** von entscheidendem Vorteil.

Im Zusammenhang mit der Barrierefreiheit wird ferner darauf hingewiesen, dass sich diese nicht nur in der Zugänglichkeit bzw. Erreichbarkeit erschöpfen darf; in vielen Fällen stehen keine oder unzureichende **Gerätschaften oder Untersuchungsmöglichkeiten in der Arztpraxis** zur Verfügung, welche auf Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind.

b. Wege zur Herstellung von Barrierefreiheit

Auch wenn die BAG SELBSTHILFE anerkennt, dass die Belange von Menschen mit Behinderung im Gesetzentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz an mehreren Stellen berücksichtigt wurden, hält sie hier zur Umsetzung der UN- BRK weitergehende Maßnahmen für dringend angezeigt: So könnten etwa die dort erwähnten **Strukturfonds** nicht nur für Stipendien von Ärzten, sondern auch und insbesondere **zum Ausbau barrierefreier Praxen** in hiermit unterversorgten Gebieten genutzt werden. Ferner sollte die Frage der **Barrierefreiheit als eigener Faktor** für die Bedarfplanung festgeschrieben werden; um für die Ausgestaltung der Bedarfplanung eine tragfähige Grundlage zu haben, sollten zudem die Ausschüsse verpflichtet werden, Erhebung zur Ausstattung der Praxen hinsichtlich der Frage der Barrierefreiheit zu machen. Die Patientenvertretung hatte bei der Abfassung der Richtlinie zur Ambulanten spezialärztlichen Versorgung versucht, diese Informationen - zumindest in diesem speziellen Versorgungsbereich - erheben zu lassen, war hier jedoch im Gemeinsamen Bundesausschuss gescheitert.

Zudem sollte eine **Ausgleichsabgabe zur Schaffung barrierefreier Praxen** in unterversorgten Gebieten von Ärztinnen und Ärzten verlangt werden, die in überversorgten Gebieten nicht- barrierefreie Arztpraxen vorhalten.

2. Präventionsangebote: Anerkennung von Einrichtungen der Behindertenhilfe als Lebenswelten für Prävention (Nr. 5 des Antrages)

Die BAG SELBSTHILFE anerkennt ausdrücklich, dass die Belange von Menschen von Behinderungen im Präventionsgesetz an mehreren Stellen ausdrücklich anerkannt und gestärkt wurden, so etwa bei dem Einbezug Ihres Sachverstandes bei den Präventionsangeboten der Krankenkassen, der Auferlegung der Barrierefreiheit der Angebote und der Partizipation der Patientenvertreter in der Nationalen Präventionskonferenz.

Als entscheidenden Faktor für erfolgreiche Präventionsangebote sieht die BAG SELSTHILFE jedoch die Angebote in den Lebenswelten an; hier wäre es dringend erforderlich, dass klargestellt wird, dass auch **Einrichtungen der Behindertenhilfe als Lebenswelten** einzustufen sind. Die gesundheitliche und betriebliche Prävention ist in Einrichtungen der Behindertenhilfe sehr wichtig und sollte daher einen hohen Stellenwert erhalten. Bei Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung bestehen nämlich gehäufte Erkrankungsrisiken, die durch geeignete Präventionsmaßnahmen sehr gut verhindert werden können. So zeigen beispielsweise Untersuchungen in verschiedenen Ländern und Populationen, dass Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung häufiger übergewichtig und adipös sind. Wenn nun in Einrichtungen der Behindertenhilfe zielgerichtet Angebote zur gesunden Ernährung und sportlichen Aktivität angeboten werden, kann sehr effektiv gesundheitsbewusstes Verhalten gestärkt und häufig auftretende Gesundheitsrisiken reduziert werden. Die degenerative Veränderung des Halteapparats von Menschen mit einer Behinderung ist ein weiteres Beispiel einer häufig auftretenden chronischen Erkrankung, die im Rahmen der effizienten Gesundheitsförderung und Prävention oftmals verhindert werden könnte. Werden die jeweiligen Präventionsmaßnahmen gezielt in der „Lebenswelt Einrichtung der Behindertenhilfe“ durchgeführt, können vielen Menschen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen effizient nahe gebracht werden.

3. Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Nr. 16 des Antrages)

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN unter Nr. 16 auf ein Problem hingewiesen wird, das einer gesetzlichen Klarstellung bedarf. Kern des Problems ist die Tatsache, dass viele Krankenkassen der Auffassung sind, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege - wegen der Regelung des § 43a SGB XI - in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden können. Dabei geht es nicht um einfache pflegerische Tätigkeiten, wie etwa das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, welche regelmäßig von den Einrichtungen übernommen werden, sondern um komplexe medizinische Tätigkeiten wie etwa das mehrfach täglich notwendige Wechseln der

Trachealkanüle beim Tracheostoma (Öffnung der Luftröhre), für die häufig das entsprechend ausgebildete Personal in den Einrichtungen fehlt. Für die Bewohner von Einrichtungen hat dies zur Folge, dass sie nach einem Krankenhausaufenthalt und einer anschließenden komplexen medizinischen Versorgungsnotwendigkeit nicht in die Einrichtung zurückkehren können, da die erforderlichen Leistungen nicht finanziert und damit nicht erbracht werden können. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE müssen jedoch diese Leistungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen ebenso wie in der eigenen Häuslichkeit übernommen werden.

Ein entsprechendes Urteil des Bundessozialgerichtes (B 3 KR 10/14, Urteil vom 25.2.2015) bestätigt diese Rechtsauffassung; in dem entschiedenen Fall ging es um die Frage, ob in einem Obdachlosenheim, welches im Rahmen der Eingliederungshilfe betrieben wurde, häusliche Krankenpflege von den gesetzlichen Krankenkassen geleistet werden muss.

Das BSG hat hierzu folgendes entschieden:

„Das Bereitstellen von Medikamenten und die Hilfe bei deren regelmäßiger Einnahme sowie die Blutdruckmessungen sind danach als einfachste Maßnahmen medizinischer Behandlungspflege typischerweise von der Einrichtung zu erbringen; ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegen die Krankenkasse besteht daher nicht. Der Wechsel von Wundverbänden und die Verabreichung von Injektionen wird hingegen von einer Einrichtung der Eingliederungshilfe, die ausschließlich mit Fachpersonal aus den Bereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Pädagogik arbeitet, nicht geschuldet. Für die Versorgung mit diesen Leistungen ist daher von der Krankenkasse häusliche Krankenpflege zu gewähren.“

Es bleibt jedoch unklar, ob die Krankenkassen dieses Urteil zum Anlass nehmen werden, ihre jeweilige Rechtsauffassung zu ändern, zumal es sich hier um einen Sachverhalt in einem Obdachlosenheim handelte.

Es wird daher um Ergänzung des § 37 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 SGB V dahingehend gebeten, dass beispielhaft nach der Nennung des geeigneten Ortes auch die Wohneinrichtungen für behinderten Menschen genannt werden. Ferner sollte Abs. 2 S. 3 klarstellen, dass der Anspruch auch Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrich-

tungen i.S.d. § 43 SGB XI besteht. In § 43 Abs. 2 S. 1 und Abs. 3 S. 1 SGB XI sollte der Satzteil „...und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege...“ ersatzlos gestrichen werden.

4. Hilfsmittelversorgung (Nr. 9, 10, 11 des Antrages)

a. Mittelbarer Behinderungsausgleich

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es ausdrücklich, dass im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN auf die - für Menschen mit Behinderungen sehr bedrückende - Rechtsprechung zum mittelbaren Behinderungsausgleich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln hingewiesen wird. Letztlich werden über diese rechtlichen Begriffe **Hilfsmittelversorgungen erster und zweiter Klasse** eingeführt, welche den klaren Maßgaben der UN-Behindertenrechtskonvention widersprechen: Bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich, welche dem unmittelbaren Ausgleich einer Körperfunktion dienen, etwa Prothesen, hat der Betroffene Anspruch auf umfassenden Behinderungsausgleich, also auch auf Hilfsmittel, die für sportliche Aktivitäten geeignet sind. Demgegenüber ist der Betroffene, der ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich benötigt, etwa einen Rollstuhl, auf die Deckung seines physischen Existenzminimums bzw. seiner Grundbedürfnisse beschränkt. In der Praxis hat dies erschreckende Diskussionen in Urteilen zur Folge, welche sich mit der Frage beschäftigen, wie weit das Bedürfnis Fortbewegung reicht (100, 200 oder 500 m) und was hier zum Grundbedürfnis „Bewegung im Nahbereich gehört“.

Hierzu heißt es in BSG · Urteil vom 18. Mai 2011 · Az. B 3 KR 12/10 R¹:

„Der Nahbereich wurde in der bisherigen Senatsrechtsprechung nicht im Sinne einer Mindestwegstrecke bzw. einer Entfernungsobergrenze festgelegt, sondern lediglich beispielhaft im Sinne der Fähigkeit konkretisiert, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang "an die frische Luft zu kommen" oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind

¹ <https://openjur.de/u/169331.html>

(stRspr, erstmals BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 31 S 187 - Rollstuhl-Bike II; zuletzt BSG Urteil vom 10.3.2011 - B 3 KR 9/10 R -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, RdNr 15 - Barcodelesegerät); wobei allerdings die Fähigkeit, eine Wegstrecke von 100 m (BSG Urteil vom 21.11.2002 - B 3 KR 8/02 R - RdNr 16 - Therapie-Tandem IV) bzw 200 m (BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 12 RdNr 15 - Liegedreirad) zurückzulegen, nicht als ausreichend zur Erschließung des Nahbereichs angesehen worden ist. Dagegen umfasst der von der GKV zu gewährleistende Basisausgleich nicht die Fähigkeit, weitere Wegstrecken, vergleichbar einem Radfahrer, Jogger oder Wanderer, zu bewältigen (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 31 S 186 - Rollstuhl-Bike II). An diesen Grundsätzen hält der Senat weiterhin fest. Eine weitere Konkretisierung des Nahbereichs im Sinne einer Mindestwegstrecke ist vor dem Hintergrund des sich wandelnden Mobilitätsverhaltens (vgl Kurzfassung des Ergebnisberichts "Mobilität in Deutschland 2008", abrufbar unter www.mobilitaet-in-deutschland.de - recherchiert am 16.5.2011) weder tatsächlich möglich noch zur sachgerechten Anwendung des § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V notwendig.“

Die BAG SELBSTHILFE hält insoweit eine klare gesetzliche Regelung für erforderlich, welche normiert, dass notwendige Hilfsmittel von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstatten sind - unabhängig von der Frage, ob ein mittelbarer oder unmittelbarer Behinderungsausgleich vorliegt.

b. Stärkere Verankerung der Qualitätsaspekte in der Hilfsmittelversorgung

aa. Kollektive Regelung der Qualitätsanforderungen in der Hilfsmittelversorgung

Derzeit laufen verschiedene Ausschreibungen zur Inkontinenz- und Rollstuhlversorgung einer Krankenkasse, welche durch eine Orientierung allein am Preis in der Praxis zu Folge haben, dass Betroffene - fast regelhaft - hohe Aufzahlungen leisten, um eine vernünftige und angemessene Qualität zu erhalten. Vor diesem Hintergrund hält es die BAG SELBSTHILFE für dringend angezeigt, das System der Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung zu verbessern: Derzeit wird die Strukturqualität durch das Präqualifizierungsverfahren geregelt, die Prozess- und Ergebnisqualität durch die Einzelverträge der Krankenkassen. Die Einhaltung dieser Verträge wird durch die Krankenkassen häufig nicht hinreichend kontrolliert, so dass un-

zureichende Versorgungen häufig viel zu spät auffallen. Zudem erleichtert es dieses System, Versorger mit zureichender Strukturqualität und niedrigem Preis in Ausschreibungen zu berücksichtigen und niedrige oder wenig kontrollierte Prozess- und Ergebnisqualitätsparameter in den Verträgen zu vereinbaren. Für Versicherte ist dieses System mit Präqualifizierungsverfahren, Einzelverträgen und Ausschreibungen kaum zu durchschauen; zum Wettbewerb eignet sich dieser Bereich daher nicht.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte es deswegen ein **einheitliches System der Qualitätsfestlegung im Hilfsmittelbereich sowohl für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** geben, welches für einen gleichmäßigen Standard der Anforderungen sorgt. Dies könnte im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens oder durch Zertifizierungen geschehen.

bb. Evaluation der Hilfsmittelversorgung durch den MDS

Gleichzeitig wird jedoch gefordert, die **Hilfsmittelversorgung stärker durch den MDS zu evaluieren**. Die Regelung des § 275 knüpft an einen Auftrag der Krankenkassen an; eine Krankenkasse, die in einer Ausschreibung auf hohe Qualitätsanforderungen zu Gunsten eines niedrigen Preises verzichtet hat, wird kaum ihre Hilfsmittelversorgung durch den MDS evaluieren lassen. Insoweit sollte der MDS beauftragt werden, flächendeckend stichprobenartig die Hilfsmittelversorgung zu evaluieren - ohne Auftrag einer Krankenkasse.

cc. Assessment durch ICF

Zu einer individuellen Bedarfsfeststellung ist das bisherige Klassifikationssystem häufig ungeeignet. Aus diesem Grunde fordert die BAG SELBSTHILFE, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Grundlage der Einstufung verbindlich einzuführen, da hierdurch nicht nur die Funktionsbeeinträchtigung, sondern auch die Kontextfaktoren, also auch die häusliche oder soziale Situation berücksichtigt wird und so die Bedingungen für Teilhabe hergestellt werden. Die Patientenvertretung hatte sich zwar erfolgreich für die Im-

plementierung der ICF in die Hilfsmittelrichtlinie des GBA eingesetzt, würde jedoch eine gesetzliche Regelung zusätzlich zur Klarstellung für sinnvoll halten.

dd. Hinweise auf Angebote der Selbsthilfe

Da die Selbsthilfe über erhebliche Erfahrungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung und entsprechende Angebote verfügt, wäre es für die Betroffenen in vielen Fällen hilfreich, wenn sie hierüber von Leistungserbringern oder Krankenkasse informiert würden. Es wird insoweit gefordert, eine entsprechende Informationspflicht gesetzlich zu verankern.

5. Heilmittelversorgung (Nr. 12 des Antrages)

Die BAG SELBSTHILFE und ihre Mitgliedsverbände hatten sich im Rahmen der Patientenvertretung und auch gesetzlich sehr für eine **bundeseinheitliche Regelung der Heilmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen** eingesetzt, die sich in der grundlegenden Reform im Versorgungsstrukturgesetz (§ 32 Abs. 1a, 84 SGB V) und zuletzt bzgl. der bundeseinheitlichen Regelung der besonderen Versorgungsbedarfe im Versorgungsstärkungsgesetz wiederfand.

Vor der Reform im Versorgungsstrukturgesetz gab es in der Bundesrepublik einen Flickenteppich von Praxisbesonderheiten für Heilmittel, die die Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen nur im Einzelfall (z.B. in Rheinland- Pfalz) abbildete.

Denn Menschen mit schweren funktionellen Einschränkungen sind im Gegensatz zum „normalen“ Rückenschmerzpatienten dauerhaft und ohne Unterbrechung auf Physio- oder Ergotherapie angewiesen, um eine Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber neben der normalen Verordnung innerhalb des Regelfalls mit Therapiepausen die sogenannte Verordnung außerhalb des Regelfalls geschaffen, welche in den Fällen ausgestellt werden sollte, in denen eine Unterbrechung der Heilmittelverordnung medizinisch nicht sinnvoll war. Die Verordnung außerhalb des Regelfalls unterlag jedoch der Wirtschaftlichkeitsprüfung; aus diesem Grunde gab es immer wieder Fälle, in denen Ärzte

Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen die notwendige dauerhafte Heilmittelverordnung unter Verweis auf den drohenden Regress verweigerten. Aus diesem Grunde hatte sich die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss lange Jahre lang und letztlich erfolgreich dafür eingesetzt, dass eine Regelung geschaffen wurde, welche über eine langfristige Genehmigung der Heilmittelverordnungen die Regressangst der Ärzte mindern und damit eine unterbrechungsfreie Heilmittelverordnung sichern sollte. Diese Regelung wurde dann später vom Gesetzgeber in § 32 Abs. 1a in das SGB V aufgenommen, da die Krankenkassen die Umsetzung der Richtlinie mit der Begründung verweigerten, der Gemeinsame Bundesausschuss habe nicht die Berechtigung zur Regelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die Krankenkassen hielten damals eine Regelung in § 32 Abs. 1a für unnötig, da die unterbrechungsfreie Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen auch durch die Vereinbarung von bundesweiten Praxisbesonderheiten gesichert werden könne. Die Schaffung einer solchen Liste der Praxisbesonderheiten war den Vertragspartnern - gleichzeitig mit der Regelung des § 32 Abs. 1a - in § 84 SGB V auferlegt worden.

Auf erheblichen Druck der Patientenvertretung haben die Vertragspartner dann zwei Listen vereinbart, die eine zu der langfristigen Genehmigung nach § 32 Abs. 1a, die weitere zu den Praxisbesonderheiten § 84 SGB V. Die Patientenvertretung konnte durchsetzen, dass die Liste der § 32 Abs. 1a nicht abschließend ausgestaltet wurde; zudem konnten in Einzelfällen auch einzelne Indikationen auf die Liste gesetzt werden.

Insgesamt sind die auf der Liste enthaltenen Krankheiten durchaus bzgl. der Schweregrade vergleichbar, allerdings sind viele der auf der Liste der Praxisbesonderheiten enthaltenen Erkrankungen häufigere Erkrankungen. Es gab bei der Umsetzung der Regelungen durchaus Probleme, grundsätzlich bessern diese sich jedoch und dürften sich vermutlich mit einer längeren Anwendung weiter verbessern. Eine Regionalisierung der Praxisbesonderheiten - wie im Referentenentwurf geplant - hätte allerdings vermutlich weitere Umsetzungsprobleme nach sich gezogen.

Die BAG SELBSTHILFE hofft, dass die im Gesetzentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz enthaltenen zukünftig zu erarbeitenden bundeseinheitlichen Rahmenvereinbarungen mit der **Regelung der besonderen Verordnungsbedarfe zu einer Kontinuität in der Heilmittelversorgung von chronisch kranken und behinderten Menschen** beitragen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Probleme kündigt die BAG SELBSTHILFE jedoch bereits jetzt an, bei nochmaligen Problemen in der Selbstverwaltung bei der Umsetzung dieser für behinderte und chronisch kranke Menschen eminent wichtigen Frage umgehend an den Gesetzgeber heranzutreten und diesen zu bitten, entweder den GBA zu beauftragen, eine einheitliche Liste zu § 32 Abs. 1a zu schaffen, welche die besonderen Versorgungsbedarfe von Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen abbildet oder dies selbst gesetzlich oder im Verordnungswege zu regeln.

Unabhängig jedoch von dieser Fragen hält es die BAG SELBSTHILFE zur Vereinfachung und Entbürokratisierung des Systems der langfristigen Genehmigung für sinnvoll, für diejenigen Indikationen, welche auf der Liste stehen, zu regeln, dass eine Genehmigung entbehrlich sein sollte. Das rechtliche Problem ist insoweit, dass § 32 Abs. 1a SGB V einen Antrag und eine Genehmigung verlangt, so dass der G-BA derzeit nicht regeln kann, dass eine Krankenkasse auf die Genehmigung verzichten muss. Derzeit gibt es unterschiedliche Abläufe je nachdem, ob die Krankenkasse insgesamt auf die Genehmigung der Heilmittelverordnung verzichtet (der Großteil der Krankenkassen) oder nicht. Insoweit wird in diesem Zusammenhang für eine entsprechende gesetzliche Regelung geworben.

Soweit der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE Grünen **eine flexiblere Geltungsdauer der Verordnungen** vorschlägt, ist dieses Anliegen grundsätzlich sehr zu begrüßen. In Anbetracht der Komplexität der Regelungen und der schlechten Erfahrungen mit deren Umsetzung wird es jedoch für sinnvoll erachtet, derartig weitgehende Veränderungen erst in einem zweiten Schritt vorzunehmen.

6. Assistenpflegebedarfsgesetz (Nr. 18 des Antrages)

Lediglich Menschen mit Behinderungen, die ihre Assistenten im Arbeitgebermodell beschäftigen, haben die Möglichkeit, diese in ein Krankenhaus zur Unterstützung

mitzunehmen. Ganz überwiegend haben betroffene Menschen mit Behinderungen ein anderes Modell der Assistenz, weswegen eine „Mitnahme“ der Pflegekräfte ins Krankenhaus hier nicht möglich ist. Bei vielen Menschen mit Behinderungen löst jedoch schon eine Änderung des Umfeldes - wie sie bei einem Krankenhausaufenthalt regelmäßig notwendig ist- bereits erhebliche Ängste aus. Fehlt jedoch hier auch noch die vertraute Pflegeassistenz, sind Untersuchungen und Behandlungen häufig nur noch schwer durchführbar.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAG SELBSTHILFE das Anliegen der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, das Assistenzpflegebedarfsgesetz entsprechend zu erweitern.

7. Unabhängige übergreifende Beratungsstelle

Immer wieder wird von Betroffenen und Angehörigen berichtet, dass für Sie ein eines der größten Probleme das **Fehlen einer kompetenten übergreifenden Beratungsstelle** ist, die sich sowohl mit Fragen der Gesundheitsversorgung, der Pflegeversicherung und der der Eingliederungshilfe auskennt. Zwar gab es seitens des Gesetzesgebers immer wieder Ansatzpunkte für Beratungsstellen (UPD, Gemeinsame Servicestellen, Pflegestützpunkte), diese sind jedoch meistens nicht übergreifend tätig, zu wenig bekannt oder zu schlecht ausgestattet. Die Beratung seitens der Krankenkassen wird insoweit als überwiegend interessengeleitet beschrieben und daher nicht immer als Hilfestellung angesehen. Vor diesem Hintergrund wird es als zentrale Herausforderung des Gesundheitssystem angesehen, Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie ihren Angehörigen, eine barrierefreie, gemeindenah verfügbare, kompetente und übergreifende Beratung anzubieten, welche ihnen die Bewältigung bzw. den Umgang mit ihren Erkrankungen oder Behinderungen erleichtert.

Berlin, 4. 5. 2015