

**Stellungnahme zu den Anträgen
„Rentenplus für pflegende Angehörige“
der Fraktion DIE LINKE (Drs. 19/25349),
„Bessere Vereinbarkeit von Angehörigen-
pflege und Beruf durch eine Pflege-
ZeitPlus“ der Fraktion BÜNDNIS 90/ Die
GRÜNEN (Drs. 19/28781), Die gesund-
heitliche Versorgung von Menschen mit
Behinderungen unverzüglich menschen-
rechtskonform gestalten“ der Fraktion
BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN. (Drs.
19/27874)**

Eva M. Welskop-Deffaa
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 29.4.2021

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE: Rentenplus für pflegende Angehörige (Drs. 19/25349)

Pflegende Angehörige sind der „größte Pflegedienst“ der Nation. Die Aufgabe, Angehörige zu pflegen, übernehmen dabei nach wie vor meist Frauen. Eine Vielzahl von Studien belegen, dass die Pflege eines Angehörigen negative Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit haben kann, was dann in der Rente nochmals negativ zu Buche schlägt. Insbesondere bei längerer und umfangreicher Pflegetätigkeit besteht zudem ein hohes Risiko, dass wegen der Doppelbelastung von Familie, Pflege und Beruf Arbeitszeit reduziert oder der Job ganz aufgegeben wird. Belegt ist auch, dass insbesondere Frauen mit schlechteren Arbeitsmarktchancen die Pflege selbst übernehmen, also genau die Gruppen, die ohnehin schlechtere Chancen auf den Arbeitsmarkt haben und Weiterbildung weniger in Anspruch nimmt. Daher begrüßt die Caritas, dass der Antrag der LINKEN die rentenpolitische Situation insbesondere der Frauen hier besonders ins Visier nimmt.

Im Einzelnen bewerten wir die Forderungen der LINKEN wie folgt:

I. PflegeZeit Plus

- **Zusätzliche Rentenansprüche im Pflegegrad 1:** Die Caritas fordert schon seit langem, Pflegegrad I regelhaft in die soziale Sicherung von Pflegepersonen einzubeziehen. Die Caritas unterstützt die Überlegungen des BMG in den Eckpunkten Pflegeversicherung, dass die Rentenbeiträge, die gegenwärtig die Pflegekassen leisten müssen, als

gesamtgesellschaftlicher Beitrag künftig durch einen Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung refinanziert werden.

- **Kombinationsleistung:** Die Caritas setzt sich zudem schon seit langem für den Wegfall der Abschläge bei der Beitragsbemessung ein, die bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Höhe von 15 Prozent bzw. bei der Inanspruchnahme der reinen Pflegesachleistung in Höhe von 30 Prozent entstehen. Pflegende Angehörige dürfen rentenversicherungsrechtlich nicht schlechter gestellt werden, wenn sie für die anspruchsvolle und höchste gesellschaftliche Anerkennung verdienende Unterstützung ihres zu pflegenden Angehörigen die punktuelle Entlastung durch einen Pflegedienst in Anspruch nehmen. Denn der größte Teil der Pflege, die rund um die Uhr 24/7 anfällt, bleibt auch bei Inanspruchnahme eines Pflegedienstes bei den Angehörigen hängen. Die Hinzuziehung eines Pflegedienstes stabilisiert das häusliche Pflegesetting und ist aufgrund der Entlastungsfunktion gesundheitsförderlich. Pflegende Angehörige gehen häufig bis an ihre Grenzen und über ihre Grenzen hinaus
- **Minderungen von Betriebsrentenansprüchen:** Die Caritas unterstützt die Grundsatzposition der LINKEN, dass Pflegepersonen auch nach Erreichung der Regelaltersgrenze zusätzliche Rentenansprüche erwerben können sollen, solange sie pflegen. Familiäre Pflege, die parallel zur Altersvollrente erbracht wird, sollte sich somit zukünftig auch bei Vollrente rentenanwartschaftssteigernd auswirken. Bisher ist eine Weiterversicherung nur möglich, wenn eine Teilrente von 99 Prozent in Anspruch genommen wird, allerdings ggf. mit erheblichen Folgen durch Minderung der betrieblichen Rentenzahlung. Es sollte künftig ausgeschlossen werden, dass erworbene Betriebsrentenansprüche dadurch verringert werden. Die bestehenden Regelungen zeigen die Komplexität des Themas, die deutlich macht, dass die Kombination von Renten und Pflege auch gute Beratungsstrukturen erfordert, damit sich pflegende Angehörige nicht schlechter stellen.
- **Rentenrechtliche Ansprüche nur bei wöchentlicher Erwerbstätigkeit von nicht mehr als 30 Stunden:** Aus Sicht der Caritas sollte die Begrenzung auf 30 Stunden für den Erwerb von Rentenansprüchen aus der Pflege von Angehörigen aufgehoben werden. Jede Pflegeleistung muss gesellschaftlich gratifiziert werden und sich somit in Rentenpunkten niederschlagen. Die Orientierung der Rentenpunkte an den Pflegegraden ist daher sinnvoll, da alle Personen Rentenpunkte entsprechend dem durchschnittlich anzunehmenden Pflegeaufwand nach dem jeweiligen Pflegegrad erhalten. Dabei muss, wie von der LINKEN gefordert und im Antrag ausgeführt, PG 1 einbezogen werden.
- **Leistungsausschluss SGB III:** Bisher sind Bezieher von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung oder Übergangsgeld bei Teilnahme an einer für die Weiterbildungsförderung anerkannten Maßnahme aus der Arbeitslosenversicherung von der Rentenversicherungspflicht wegen Pflege ausgeschlossen. Aus Sicht der Caritas muss Pflege Tätigkeit grundsätzlich zusätzliche Rentenansprüche generieren, damit die Übernahme familiäre Pflege im Lebenslauf nicht zu Lücken in der Rente führt, die heute in einem hohen Umfang vor allem Töchter, Schwiegertöchter und Ehepartnerinnen betreffen, und zu Altersarmut führen können.
- **Sanktionen/gute Arbeit:** Die Linke setzt sich im Antrag dafür ein, dass pflegende Angehörige im SGB II nicht unter Druck gesetzt werden dürfen und zur Annahme jeder Arbeit

verpflichtet werden. Konkret gefordert wird hier die Abschaffung der Sanktionen und Arbeitsangebote, die sich am Grundsatz der „Guten Arbeit“ orientieren. Die Caritas teilt die Auffassung, dass Mitwirkungsobliegenheiten von SGB II-Leistungsberechtigten an ihren individuellen Fähigkeiten ansetzen und ihre Lebenssituation berücksichtigen müssen. In diesen Zusammenhang ist sie der Auffassung, dass das Sanktionsrecht im Gefolge des Verfassungsgerichtsurteils mit Blick auf die Höhe, die Dauer, den Umfang und die rechtlichen Informationen angepasst werden muss. Arbeitsangebote sollen einzelfallorientiert und passgenau sein und auch die persönliche Lebenssituation – in diesem Fall, die Vereinbarkeit mit der Pflege in den Blick nehmen.

Ergänzende arbeitsmarktpolitische Anstrengungen bleiben wichtig, damit insbesondere Frauen familiäre Pflege und Beruf besser vereinbaren können und nach der Sorgephase den Wiedereinstieg in den Beruf schaffen. In den Blick zu nehmen ist deshalb das Thema Weiterbildung und ggf. Umschulung ggf. in Teilzeit während der Pflege, damit pflegende Angehörige den Anschluss an den Arbeitsmarkt nicht verlieren und den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt nach der Pflegesituation wieder schaffen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der sich mit der Digitalisierung rasant verändernden Arbeitswelt von hoher Bedeutung.

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN. „Bessere Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf durch eine PflegeZeit Plus“ (Drs. 19/28781)

Die GRÜNEN setzen sich für eine PflegeZeit Plus ein, die eine 36monatige Pflegekarenz auf der Grundlage einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung vorsieht, bei der zudem die Pflege- und Sorgearbeit auf mehrere Schultern verteilt werden kann. Dieser Ansatz findet die Unterstützung des Deutschen Caritasverbands.

Im Einzelnen bewerten wir den Antrag wie folgt:

Pflegezeit

- **Zusammenführung von PflegezeitG und FamilienpflegezeitG zu einem Gesetz:** Seit vielen Jahren setzt sich der Deutsche Caritasverband dafür ein, die unübersichtlichen und inflexiblen Regelungen des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes zu harmonisieren und die beiden Pflegezeiten zu einer einheitlichen Pflegekarenz zusammenzufassen. Pandemiebedingt ist diese stärkere Flexibilisierung der Inanspruchnahme von Pflegezeit und Familienpflegezeit realisiert worden. Die Caritas setzt sich vehement für eine pandemiebedingte Verstetigung der Regelungen ein und unterstützt daher diese Grundsatzposition der GRÜNEN.
- **Dauer und Finanzierung:** Wie die GRÜNEN fordert auch der Deutsche Caritasverband eine bis zu 36monatige Pflegekarenz, die allerdings nicht erst ab Pflegegrad 2, sondern bereits ab Pflegegrad 1 in Anspruch genommen werden können sollte. Wie im Antrag der GRÜNEN ausgeführt, hat sich die Darlehenslösung des Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetzes nicht bewährt. Dies zeigt sich in der sehr geringen Inanspruchnahme dieser Auszeiten. Das Darlehen birgt auch hohe Risiken, z.B. wenn Arbeitszeiten in der Phase der Rückzahlung des Darlehens reduziert werden müssen. Daher hat sich die Caritas

zusammen mit vielen anderen Verbänden im Unabhängigen Beirat zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für eine bis zu 36monatige Karenzzeit, in der Lohnersatzleistungen vergleichbar denen der Elternzeit gezahlt werden sollen, eingesetzt. Dies entspricht dem Modell der PflegeZeit Plus der GRÜNEN. Positiv zu bewerten ist, dass mehrere pflegende Angehörige sie nacheinander oder gleichzeitig in Anspruch nehmen können.

- **Anspruchsberechtigung:** Wie die GRÜNEN hat sich auch der Deutsche Caritasverband bereits bei der Einführung der Pflegezeit und Familienpflegezeit dafür ausgesprochen, dass nicht nur Verwandte des pflegebedürftigen Menschen, sondern auch Zugehörige, wie Freund_innen oder Nachbar_innen, die Sorgeverantwortung übernehmen, entsprechende Ansprüche haben. Der Kreis der nahen Angehörigen sollte zudem um andere Verwandte ersten Grades, wie Nichten und Neffen, und Cousins und Cousinen sowie Onkel und Tanten erweitert werden.
- **Vollständiger Berufsausstieg und flexible Inanspruchnahme:** Aus gleichstellungspolitischen Gründen hat sich der Deutsche Caritasverband stets dagegen ausgesprochen, dass eine Pflegekarenz über eine längere Zeit, z.B. über 3 Jahre, mit einem vollständigen Berufsausstieg gekoppelt ist. Die Pflegezeit sollte immer an eine Mindestarbeitszeit, wie sie derzeit auch im Familienpflegezeitgesetz Voraussetzung ist, gekoppelt sein. Eine dreimonatige vollständige Reduzierung der Arbeitszeit, wie von den GRÜNEN vorgeschlagen, halten wir dabei für vertretbar. Die Grenze der Mindestarbeitszeit sollte dabei bei 15 Wochenstunden liegen; 20 Wochenstunden, wie von den GRÜNEN vorgesehen, ist für Teilzeitbeschäftigte wenig attraktiv. Von hoher Bedeutung ist die Möglichkeit zur Unterbrechung mit entsprechenden Ankündigungsfristen, die jedoch auch den Arbeitgebern entsprechende Planbarkeit ermöglichen müssen.
- **Betriebsgröße:** Die Pflegekarenz muss auch von kleineren Betrieben mit einer entsprechend geringerem Personalkorpus stemmbar sein. Den Vorschlag der GRÜNEN, 3 Monate des vollen Berufsausstiegs betriebsgrößenunabhängig zu ermöglichen, eine längere Karenz von bis zu 3 Jahren jedoch von der Betriebsgröße von mindestens 15 Beschäftigten abhängig zu machen, entspricht der Position der Caritas. Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass, sollte der Gesetzgeber sich nicht entschließen können, Familienpflegezeit und Pflegezeit zu einer einheitliche Pflegekarenz zusammenzufassen, dass zumindest die Betriebsgrößen von 15 Beschäftigten für die Pflegezeit und 25 Beschäftigten für die Familienpflegezeit zu harmonisieren sind.
- **Pflegeunterstützungsgeld für die 10tägige kurzzeitige Arbeitsverhinderung jährlich gewähren:** Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass die Pflege von Angehörigen entsprechend der Pflege von Kindern bei Krankheiten mit einer möglichen Auszeit von bis zu 10 Tagen, die ganz flexibel tageweise oder am Stück genommen werden können, verbunden wird.

Arbeitsrecht

Ein **zweiter Komplex** dieses Antrags der GRÜNEN bezieht sich auf **Reformen des Arbeitsrechts** mit Blick auf eine bessere Vereinbarkeit von Familien, Pflege und Beruf. Der Deutsche Caritasverband unterstützt dem Grundsatz nach Bestrebungen, nach denen Arbeitnehmer_innen

die Möglichkeit haben, in Abstimmung mit ihren Arbeitgeber_innen die Rahmenbedingungen der Verteilung ihrer Arbeit einschließlich des Arbeitsorts (Homeoffice, mobiles Arbeit) flexibel zu bestimmen. Entsprechende Regelungen sollten jedoch in der Tarifhoheit der Tarifpartner liegen. Gesonderte gesetzliche Regelungen im Rahmen des Teilzeit- und Befristungsgesetzes, die nur für pflegende Angehörige gelten, lehnen wir aus ordnungspolitischen Gründen ab.

Rolle der Kommunen bei der Stärkung der Unterstützungsstruktur für pflegende Angehörige

Ein **dritter Komplex** des Antrags der GRÜNEN nimmt die **Rolle der Kommunen** in Bezug auf Unterstützungsstrukturen in den Blick. Allerdings ist der im Antrag an dieser Stelle genannte Qualitätsausschuss Pflege kein Instrument der Kommunen, sondern eine unabhängige Instanz der Selbstverwaltung für die Qualitätssicherung in der Pflege. Es ist nicht Aufgabe des Qualitätsausschusses Pflege, Regelungen zur Vergütung von Pflegeleistungen auszuhandeln. Dies ist alleinige Aufgabe der Leistungserbringerverbände und Kostenträger, die das Nähere in Landesrahmenverträgen regeln und konkret in Vergütungsvereinbarungen ausgestalten. Diese Grundregelungen des SGB XI sind ordnungspolitisch in vollem Umfang sachgerecht und sollten auch weiterhin Bestand haben. Daher wird die Forderung der GRÜNEN, die Vergütungen für die Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige, wie Kurzzeit- sowie Tages- und Nachtpflege künftig dem Aufgabenbereich des Qualitätsausschuss Pflege zuzumessen, abgelehnt. Unterstützt wird vom Grundsatz her hingegen die Überlegung, eine digitale Plattform einzurichten, bei der sich Angehörige über freie Tagespflege- und Kurzzeitpflegeplätze informieren können. Die GRÜNEN thematisieren im vorliegenden Antrag zu Recht das Problem einer Notfallbetreuung. Es reicht allerdings nicht aus, allein eine Notfall-Hotline in den Kommunen einzurichten, wenn es keinen substantiellen Notfallbetreuungsplätze gibt. An solchen Angeboten mangelt es in Deutschland. Pflegeeinrichtungen werden diese in ihrem regulären Angebot nicht vorhalten können, da sie die Vorhaltekosten hierfür nicht refinanziert bekommen. Diese Lücke konnte durch regionale integrierte Gesundheitszentren, die es in Deutschland zu etablieren gilt, geschlossen werden. Diese könnten unter vielem anderen z.B. für häuslich betreute Pflegebedürftige Kurzliegebetten anbieten, wenn diese gesundheitliche Krisen haben oder wenn Angehörige kurzzeitig ausfallen.

Flexibilisierung, Ausbau und bedarfsgerechte Gestaltung der Entlastungsstrukturen für pflegende Angehörige

Ein **vierter Komplex** des Antrags der GRÜNEN bezieht sich auf den Ausbau der **Entlastungsstrukturen** für pflegende Angehörige. Auch aus Sicht der Caritas ist es wesentlich, dass diese flexibel in Anspruch genommen werden können, transparent und überschaubar sind und vor allem auf die individuellen Bedarfe zugeschnitten werden können. Die Caritas hat sich, wie der GRÜNE Antrag es vorsieht, stets für eine vollständige Flexibilisierung der Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege eingesetzt. Insbesondere Kurzzeitpflege als Ersatzpflege bei Urlaub, Krankheit oder sonstigem Ausfall der Pflegeperson, sollte vollständig mit Verhinderungspflege kombinierbar sein. Gleichzeitig setzen wir uns für den Auf- und Ausbau der Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge ein. Für die Krankenhausnachsorge muss es ein breites Angebot geben. Fast jeder Angehörige eines aus dem Krankenhaus entlassenen Menschen,

der noch nicht zu Hause versorgt werden kann, macht die Erfahrung, in der gebotenen Schnelle der bevorstehenden oder schon erfolgten Krankenhausentlassung keinen geeigneten Kurzzeitpflegeplatz zu erhalten. Diese Leistung sollte sowohl in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen als auch in Krankenhäusern in Anspruch genommen werden können. Notwendig ist eine rehabilitative Pflege, in der die Ressourcen einer guten Behandlungspflege mit therapeutischen Angeboten der Heilmittelerbringer, einer exzellenten Hilfsmittelversorgung und ärztlicher Versorgung kombiniert werden können.

Bezüglich der Verhinderungspflege unterstützen wir den Antrag der GRÜNEN, die 6monatige Wartefrist für die Inanspruchnahme dieser Leistung zu streichen, auch wenn sie in den letzten Jahren in der Praxis immer weniger relevant war.

Für eine flexible Inanspruchnahme der Entlastungsleistungen sollte das auch im Koalitionsvertrag vorgesehene Entlastungsbudget endlich eingeführt werden. Nach den Vorstellungen der Caritas sollte sich das aus dem Betrag für die Kurzzeitpflege, die Verhinderungspflege sowie die Unterstützungsangebote im Alltag zusammensetzen. Alle drei Leistungsbeträge sollten zu einem Budget zusammengefasst werden und flexibel kombinierbar sein.

Zur Entlastung erwerbstätiger pflegender Angehöriger empfiehlt es sich zudem, haushaltsnahe Dienstleistungen auszubauen und steuerlich zu fördern.

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN: „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen unverzüglich menschenrechtskonform gestalten“ (Drs. 19/27874)

Der Antrag der GRÜNEN nimmt die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung systematisch in den Blick, mit dem Ziel, eine umfassende, der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechende Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen sicherzustellen. Dabei identifiziert der Antrag vor allem die Bereiche, in denen es in der Praxis zu Problemen oder Versorgungsbrüchen kommt. Die Antragsteller stellen fest, dass viele dieser Probleme bereits in einem ähnlichen Antrag der Fraktion aus der 18. Legislatur (Drs. 18/3155) thematisiert wurden. Zum selben Ergebnis kommt auch der Deutsche Caritasverband, der zum genannten Antrag im Rahmen der damaligen Anhörung Stellung nehmen durfte. Auch aus Sicht der Caritas müssen alle bestehenden Gesetze, Verordnungen und Vorschriften daraufhin überprüft werden, ob die Anforderungen der UN-BRK umgesetzt sind.

Zu den einzelnen Forderungen positioniert sich die Caritas, wie folgt:

Barrierefreiheit in der Zugänglichkeit und Behandlung von Menschen mit Behinderung

Wir unterstützen den Vorschlag des vorliegenden Antrags, dass es einen verbindlichen Kriterienkatalog zur Erfassung der Barrierefreiheit in baulicher, räumlicher, sächlicher und kommunikativer Hinsicht braucht, der wissenschaftlich unter Beteiligung der Patienten- und Selbsthilfeverbände erarbeitet werden muss. Ein Hauptproblem unseres Gesundheitswesens ist die unzureichende Barrierefreiheit. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet die Vertragsstaaten in Artikel 25, das Recht behinderter Menschen auf gleichen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen allgemeinen Diensten des Gesundheitswesens sicherzustellen. Vielfach sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens jedoch baulich, technisch, räumlich, aber auch personell und

kommunikativ nur unzureichend auf die Belange und Bedarfe dieser Menschen eingestellt. Barrierefreiheit in Arztpraxen und Krankenhäusern bedeutet nicht nur den ungehinderten Zugang zu diesen Gesundheitseinrichtungen mit Blick auf die räumlichen Voraussetzungen, wie z.B. das Vorhandensein eines Fahrstuhls, sondern vor allem hinsichtlich der kommunikativen Anforderungen im Umgang mit Menschen mit Behinderung. So muss die Information und Aufklärung bei Bedarf in wahrnehmbarer und verständlicher Form erfolgen. Ggf. bedarf es einer angemessenen Assistenz. Es muss vor allem auch genügend Zeit für den Dialog zwischen Arzt und dem Patienten mit einer Behinderung zur Verfügung stehen. Für die Behandlung selbst sind ggf. angemessene Vorkehrungen für die sächliche Ausstattung der Praxis bereit zu stellen, z. B. geeignete Untersuchungsstühle; den besonderen Belangen von Frauen ist Rechnung zu tragen. Dieser behinderungsbedingte Mehraufwand, für einen barrierefreien Zugang und zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung und eine diskriminierungsfreie Behandlung und Therapie, ist in der Honorierung der niedergelassenen Ärzte bzw. in den Fallpauschalen der Krankenhäuser bei Behinderung zu berücksichtigen, wie dies auch der Antrag der GRÜNEN vorsieht.

Die Forderung der GRÜNEN, dass bei der Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung der Barrierefreiheit stärker Rechnung zu tragen ist, wird unterstützt. Praxisneubauten dürfen aus Sicht der Caritas nur noch barrierefrei erfolgen. Wo immer möglich, sollen die Länder die Barrierefreiheit von Bestandsbauten fördern, nicht nur, wenn Vertragsarztsitze wegen Pensionierung nachbesetzt werden, denn die Barrierefreiheit von Bestandspraxen z.B. im einer angemieteten Altbauetage kann seitens der Praxisinhaber_in nicht beeinflusst werden. Die Bundesregierung sollte jedoch auch gezielt ein zeitlich befristetes Förderprogramm zum Auf- und Ausbau von barrierefreien Praxen und Gesundheitseinrichtungen auflegen.

Die GRÜNEN weisen zu Recht darauf hin, dass auch die Informationen der Versicherten zu Gesundheitsleistungen noch zu selten und zu wenig barrierefrei sind. So sollen nach Auffassung der Caritas Informationen, die in Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens in schriftlicher Form oder im Internet zur Verfügung gestellt werden, grundsätzlich in Leichter Sprache und nach dem Zwei-Sinne-Prinzip aufbereitet werden müssen. Die Krankenkassen, aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder Verbände der Leistungserbringer müssen dies als einen wichtigen Auftrag an sich selbst erachten und es müssen zudem verbindlichere gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, wie z.B. bei der barrierefreien Erreichbarkeit der Terminservicestellen geschehen.

Ausdrücklich unterstützt wird auch die Forderung der GRÜNEN, dass nicht nur öffentliche Stellen, sondern auch die privaten Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen verpflichtet werden müssen, ihre Websites und mobilen Angebote barrierefrei zu gestalten.

Kompetenzen in der Versorgung von Menschen mit Behinderung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung stärken

Von elementarer Bedeutung für die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention ist die Sensibilisierung und Qualifizierung von Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, wie z.B. von Pflegekräften und Therapeuten, für die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderung. Um die Kompetenzen für die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen zu verbessern, müssen zum einen die medizinischen Fachkenntnisse in Bezug auf Behinderungsbilder besser in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen integriert

werden. Darüber hinaus müssen jedoch auch die Anforderungen an einen angemessenen Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Behinderung in den Aus-, Fort- und Weiterbildungsordnungen, Curricula und Didaktiken der verschiedenen Gesundheitsberufe systematisch verankert werden. Die Caritas schlägt vor, Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Behinderung systematisch im praxisbezogenen Teil der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen verpflichtend einzuführen. Der Ansatz, Fortbildungsverpflichtungen der Ärzt_innen in den Hausarztverträgen nach § 73b SGB V zu regeln, ist nicht ausreichend, da dies Selektivverträge sind.

Prävention stärken

Unzutreffenderweise wird oft davon ausgegangen, dass Menschen mit Behinderung nicht von primärer Prävention profitieren, sondern bestenfalls von Sekundär- oder Tertiärprävention. Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil ist jedoch gerade für Menschen, die mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen lebenslang in ihrem Alltag umgehen müssen, von zentraler Bedeutung. So haben beispielsweise Menschen mit einer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderung nicht selten Probleme mit Übergewicht oder sind gar adipös. Wenn Einrichtungen der Behindertenhilfe niedrigschwellig im Alltag zu gesundheitsbewusster Ernährung oder zu Bewegung anleiten, ist dies ein konkreter Beitrag zur Gesundheitsförderung. Wenn man bei einer institutionenorientierten Auflistung der Lebenswelten in § 20a Absatz 3 des gegenwärtig beratenen Präventionsgesetzes bleiben will, müssen auch die Einrichtungen der Behindertenhilfe aufgenommen werden, um Kooperationen mit den Krankenkassen zu erleichtern und Präventionskurse dort gezielt anbieten zu können. Auch die Nationale Präventionsstrategie soll bei der Planung der Ziele und Maßnahmen vor allem auch die Zielgruppe von Menschen mit einer Behinderung besonders in den Blick nehmen. Im Präventionsgesetz ist vorgesehen, dass die Nationale Präventionskonferenz alle vier Jahre einen Präventionsbericht vorlegen muss. Dort soll das Thema der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung fest verankert werden und bei jeder Veröffentlichung rapportiert werden. Auch im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention sind gezielt Maßnahmen zu ergreifen, die einer Verstärkung der Beeinträchtigung und einer Verschlimmerung der Erkrankungen gezielt entgegenwirken. So kann eine gezielte Prävention bei Menschen mit degenerativen Veränderungen ihres Halteapparats und eingeschränkter Mobilität verhindern, dass es zu einer vorzeitigen Osteoporose kommt.

Etablierung von Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung

Die Caritas setzt sich für einen bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderung (MZEB) ein. Gleichzeitig betonen wir, dass es eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik, der Selbstverwaltung und auch der Bundes- und Landeskammern der Ärzte ist, die gesundheitliche Versorgung auch schwerst mehrfach behinderter Menschen im Regelsystem zu gewährleisten. Es ist sicherzustellen, dass die spezifischen gesundheitlichen Belange von Menschen mit einer Behinderung im Regelkanon der Ausbildungen der Ärzte grundlegend verankert werden. Des Weiteren müssen Arztpraxen räumlich, sächlich und personell barrierefrei ausgestaltet werden. MZEB sollen Menschen mit Behinderung, die spezialärztlichen Behandlung bedürfen, versorgen, gewissermaßen als dritte Stufe nach der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung. So sollen Menschen mit Behinderung Zugang zum MZEB erhalten, wenn für die Anamneseerhebung, Diagnostik, Untersuchung und Therapie aufgrund der

Behinderung spezielle Settings und Arrangements notwendig sind. Das ist z. B. der Fall, wenn neben hohen kommunikativen Einschränkungen besondere Ausprägungen von Symptomen auftreten, die eine gezielte Suche nach Erkrankungen, die der komplexen Symptomatik bestehender Beeinträchtigungen zugrunde liegen, erforderlich machen. MZEBs können mit dem Aufnahme- und Entlassmanagement von Krankenhäusern kooperieren, und auf diese Weise Krankenhäuser auf behinderungsbedingte Bedarfe aufmerksam machen bzw. notwendige Anschlussbehandlungen koordinieren. Auch neu auftretende Verhaltensbesonderheiten können eine Abklärung erforderlich machen, ob die Behinderung oder aber dahinterstehende Erkrankungen die Ursache sind.

Die Caritas begrüßt, dass der Gesetzgeber in § 43b SGB V klarstellt, dass die im MZEB behandelten Menschen mit einer Behinderung analog zu § 43a SGB V auch ausdrücklich Anspruch auf Behandlung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufsgruppen haben. Allerdings greift es zu kurz, den Anspruch auf nicht-ärztliche Leistungen auf die Früherkennung von Erkrankungen und die darauf gerichtete Aufstellung eines Behandlungsplans zu ergänzen. Diese Formulierung ist § 43a SGB V zu den Sozialpädiatrischen Zentren entlehnt, wo sie auch Sinn macht, denn gerade bei Kindern mit Behinderung spielt die Früherkennung von Erkrankungen durch nicht-ärztliches heilpädagogisches Personal eine wesentliche Rolle. Die Früherkennung von Erkrankungen ist auch bei erwachsenen Menschen mit einer Behinderung grundsätzlich wichtig. Es geht aber darüber hinaus auch grundsätzlich darum, bei Erkennung einer Erkrankung unabhängig von ihrem Stadium den Behandlungserfolg durch multiprofessionelle Bestandsaufnahme und Zusammenarbeit zu sichern. Daher ist die Engführung auf die Früherkennung einer Erkrankung zu streichen.

Hilfsmittelversorgung verbessern

Die Versorgung von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen mit Hilfsmitteln ist in vielerlei Hinsicht verbesserungsbedürftig. Zu Recht beschreibt der Antrag der GRÜNEN das grundlegende Dilemma: In der Rechtspraxis wird zwischen Hilfsmitteln, die fehlende Körperteile oder Körperfunktionen unmittelbar ersetzen und solchen, die sie nur mittelbar ersetzen, unterscheiden. Erstere werden der Sphäre der Krankenkassen zugeordnet, wie z. B. Prothesen. Wenn ein Hilfsmittel jedoch nur mittelbar dem Behinderungsausgleich dient, wie z.B. ein Rollstuhl für einen mobilitätseingeschränkten Menschen, der jedoch noch beide Beine besitzt, hat der Betroffene nur insoweit Anspruch auf Hilfsmittelversorgung, als das Hilfsmittel dazu beiträgt, die notwendigen Aktivitäten für die Deckung seines physischen Existenzminimums zu gewährleisten. Es entstehen dann oft Rechtsstreitigkeiten, welches Hilfsmittel geeignet ist bzw. in welcher Ausprägung geeignet ist, um dieses Ziel zu erreichen, z. B. betreffend Art, Form und Ausstattung eines Rollstuhls. In solchen Fällen wird die Bewilligung eines Rollstuhls häufig versagt, weil z.B. die Grundbedürfnisse an täglicher Aktivität bei Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen von der GKV diskriminierend als sehr niedrig eingestuft werden. Die Versorgung mit Hilfsmitteln muss sozialrechtlich so ausgestaltet werden, dass auch Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich nicht nur dem Ausgleich und der Deckung des physischen Existenzminimums dienen, sondern der vollen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Barrierefreiheit muss ein zentrales Kriterium für die Präqualifizierung bei der Hilfsmittelerbringung sein. Des Weiteren sollen systematische Patientenbefragungen von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen eingeführt werden, die den Nutzen der einzelnen Hilfsmittel konkret evaluieren, denn die Menschen, die diese Hilfsmittel benötigen, sind die Expertinnen und Experten. Auch die

Beratung der Versicherten und eine wohnortnahe Versorgung mit Hilfsmittel, die auch die Anpassung des Hilfsmittels umfasst, dürfen durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 nicht gefährdet werden, wie von den GRÜNEN im vorliegenden Antrag gefordert. Die Einweisung in die Nutzung von Hilfsmitteln ist in der Regel auf Personen ohne kognitive Einschränkungen ausgerichtet. Auch hier muss eine barrierefreie Einweisung erfolgen.

Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a wirksam umsetzen

Die GRÜNEN greifen zu Recht das Urteil des BSG vom 26.5.2020 (B 1 KR 9/18 R) auf, wonach die bisherige Rechtsprechung zur Wirkung der Genehmigungsfiktion in § 13 Absatz 3a SGB V aufgegeben wurde und entschieden wurde, dass § 13 Absatz 3a keinen eigenen Sachleistungsanspruch begründe, sondern dem Versicherten nur eine vorläufige Rechtsposition vermittele, die es ihm erlaube, sich die Leistung selbst zu beschaffen und eine entsprechende Kostenerstattung von der Krankenkasse zu verlangen. Die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V habe aber nicht die Qualität eines Verwaltungsakts. Daher sei die Krankenkasse weiterhin berechtigt, über den gestellten Antrag zu entscheiden. Mit einer der fingierten Genehmigung entgegenlaufenden Entscheidung ende somit auch das durch die Genehmigungsfiktion begründete Recht auf Selbstbeschaffung der beantragten Leistung. Damit wird die vom Gesetzgeber ursprünglich intendierte Wirkung der Norm in ihr Gegenteil verkehrt, indem die Krankenkassen nicht mehr sanktioniert werden können, wenn sie nicht fristgerecht entscheiden, ohne hierfür berechtigte Gründe ins Feld führen zu können. Nur die wenigsten Versicherten dürften in der Lage sein, selbstbeschaffte Leistungen wirklich vorzufinanzieren. Daher muss der Gesetzgeber die Lücke dahingehend schließen, dass der Versicherte von seiner Krankenkasse nach Fristablauf die Leistung entweder als Naturalleistung oder bei Selbstbeschaffung in Form einer Kostenerstattung verlangen kann. Der Praxis, dass die Krankenkassen die Frist dadurch umgehen, zunächst eine Leistung pauschal abzulehnen, um der Sanktion der Genehmigungsfiktion zu entgehen, ist ein Riegel vorzuschieben. Denn den Versicherten bliebe dann nur noch der Widerspruch – ein Weg, den die wenigsten Versicherten gehen und der vor allem auch Menschen mit Behinderung aufgrund der noch höheren Hürden, die sie zu überwinden haben, noch weiter erschwert ist. Daher sollte § 18 SGB IX um einen Sachleistungsanspruch nach Eintritt der Genehmigungsfiktion ergänzt werden.

OTC-Regelungen anpassen

Menschen mit Behinderung benötigen aufgrund der Begleiterkrankungen oder Folgeerscheinungen ihrer Behinderung in vielen Fällen Medikamente, die in der Regel nicht verschreibungspflichtig und daher nicht mehr verordnungsfähig sind. Beispielhaft seien Abführmittel bei gehbehinderten Menschen oder schleimlösende Mittel genannt. Die Ausnahmeregelungen für OTC-Medikamente erstrecken sich nach dem Wortlaut des Gesetzes jedoch nicht auf typische Begleiterkrankungen von Menschen mit Behinderungen. Das Gesetz muss daher entsprechend erweitert werden. Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband CBP fordern seit vielen Jahren, dass § 34 Absatz 1 SGB V dahingehend erweitert wird, dass der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen kann, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht nur bei schwerwiegenden Erkrankungen, sondern auch bei Begleiterkrankungen schwerwiegender Behinderungen als

Therapiestandard gelten und somit aus dem SGB V refinanziert werden können. Daher unterstützt die Caritas die entsprechende Forderung im vorliegenden Antrag.

Krankenhausassistenz endlich einführen

Die Caritas setzt sich, wie die GRÜNEN, seit langem für die Einführung einer Assistenzleistung ein, die Menschen mit Behinderung die Behandlung und Pflege im Krankenhaus ermöglicht. Wir begrüßen, dass sich die Regierungsfractionen im Rahmen des Teilhabestärkungsgesetzes in eine Entschließungsantrag dazu bekannt haben, dieses Vorhaben umzusetzen. Im Einzelnen sind folgende Stellschrauben nötig und wir schlagen folgende konkrete Maßnahmen und gesetzgeberische Änderungen vor:

Assistenzleistung für Behandlung im Krankenhaus und in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen

Menschen mit Behinderungen benötigen während des Krankenhausaufenthalts oftmals ebenso der Begleitung durch eine ihnen vertraute Assistenzkraft, wie dies im Alltag der Fall ist. Häufig sind nur diese Personen in der Lage, entsprechend der spezifischen Bedarfe diese Patienten zu pflegen, das ärztliche und pflegerische Personal im Krankenhaus über diese spezifischen Bedarfe zu informieren und das Krankenhauspersonal entsprechend zu begleiten. Die medizinische Notwendigkeit für die Mitaufnahme einer Pflegeperson ergibt sich ggf. auch daraus, dass der Betroffene aufgrund seiner Behinderung einer speziellen (fachlichen) Unterstützung, Assistenz und Begleitung sowie pflegerischen Versorgung während der medizinisch-pflegerischen Behandlung im Krankenhaus bedarf, die über den Leistungsumfang seiner akutstationären Behandlung hinausgeht und diese erst ermöglicht. So bedarf es als Voraussetzung für die medizinische Behandlung oder bei Untersuchungen oftmals der Unterstützten Kommunikation, der Übersetzung von Informationen zur Sicherstellung von Aufklärung und Einwilligung in Leichter Sprache oder des Dolmetschens in Gebärdensprache. Oftmals bedarf es auch des Zuspruchs einer vertrauten Bezugsperson, um Ängste zu überwinden und kontinuierlich an der Behandlung mitzuwirken. Diese unterstützende Begleitung ist somit Voraussetzung für die medizinische Behandlung und in diesem Sinne eine klassische Assistenzleistung.

Auch wenn die Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX i.V. mit § 113 SGB IX nicht abschließend sind, sollte die Krankenhausassistenz klarstellend als eigenständige Leistung in § 113 SGB IX aufgezählt werden.

Änderungsbedarf:

In § 113 Absatz 2 wird als neue Nummer 10 eingefügt:

„Assistenz im Krankenhaus und in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“.

Mitnahme von Begleitpersonen ins Krankenhaus außerhalb des Arbeitgebermodells

Der Anspruch auf Mitaufnahme einer Pflegeperson ist in § 11 Absatz 3 Satz 1 SGB V grundsätzlich geregelt, wenn sie nach dem Erfordernis des Einzelfalls medizinisch geboten und erforderlich

ist. Es ist jedoch im Gesetz zu ergänzen, dass dieser Rechtsanspruch nicht nur für Menschen mit Behinderung gilt, die ihre Assistenz durch eine Pflegekraft im sog. Arbeitgebermodell sicherstellen. Im Sinne der Gleichbehandlung muss diese Leistung auch denjenigen Menschen mit Behinderungen zur Verfügung stehen, die ihre Assistenz nicht durch eine Pflegekraft im Arbeitgebermodell in Anspruch nehmen oder die ihren Lebensmittelpunkt in einer Einrichtung der Behindertenhilfe i.S. des § 71 Abs. 4 SGB XI haben. Gerade Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen und einem 24-stündigen Unterstützungsbedarf bedürfen, weil sie sich oftmals nicht selbst mitteilen können, bei einem Krankenhausaufenthalt der Begleitung und Pflege durch eine ihnen vertraute Assistenzkraft. Andere benötigen wiederum nur stundenweise Begleitung in Vorbereitung von bestimmten Untersuchungen. Der Umfang des Bedarfs an Assistenz hängt somit von den Besonderheiten des individuellen Einzelfalls ab.

Änderungsbedarf

§ 11 Absatz 3 SGB V Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus nach § 108 oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson; dies gilt auch, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII durch von ihnen beschäftigte Pflegekräfte sicherstellen.“

Finanzierung der Mitnahme von Personal aus Einrichtungen und von Verdienstausschlag bei begleitenden Angehörigen

Zudem muss gewährleistet sein, dass im Fall der Begleitung durch eine/n Angehörigen die Krankenkasse die Kosten für einen etwaigen Verdienstausschlag trägt, entsprechend den Regelungen bei Verdienstausschlag wegen eines kranken Kindes (§ 45 Abs. 4 SGB V) oder den Verdienstausschlagregeln bei Begleitpersonen im Bereich der Rehabilitation nach § 53 Abs. 1 SGB IX.

Änderungsbedarf

- Der Verdienstausschlag bei Angehörigen ist entsprechend § 45 SGB V (Kinderkrankengeld) zu regeln.
- Für die Mitnahme von Assistenzpersonal aus Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe ist a) im Bedarfsermittlungsverfahren nach § 13 i.V. mit § 118 SGB IX für die Feststellung der Assistenzbedarfe eine Regelung vorzusehen und b) in den Vergütungsregelungen nach § 123 SGB IX entsprechend Personal zu kalkulieren und zusätzlich zu vergüten. Im Falle von Krankenhausaufenthalten gelten die üblichen Vergütungskürzungen, die in den Landesrahmenverträgen vorgesehen sind.

Besondere Wohnformen als eigene Häuslichkeit anerkennen

Die GRÜNEN fordern, einen Gesetzesentwurf zu § 43a SGB XI vorzulegen, in dem klargestellt wird, dass der Wohnort im rechtlichen Kontext der Behindertenhilfe, d. h. das stationäres oder ambulantes betreutes Wohnen immer als eigene Häuslichkeit anzuerkennen ist. Dadurch könne die leistungsrechtliche Schlechterstellung gegenüber anderen pflegebedürftigen Menschen

aufgehoben werden. In der Tat hätten dann die betroffenen Menschen Anspruch auf höhere Leistungen. Statt der 266 Euro, welche die Pflegekassen dem Eingliederungshilfeträger bezahlen, hätten sie einen Leistungsanspruch auf die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI oder auf das Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Diese Position unterstützt die Caritas. Die Pflege einschließlich der häuslichen Krankenpflege wäre somit in den Wohnformen, die eine 24-Stunden-Leistung garantieren, ein Modul neben anderen Teilhabeleistungen. Die Pflegeleistung würde von einem ambulanten Pflegedienst erbracht. Dabei ist grundsätzlich denkbar, wie im vorherigen Abschnitt ausgeführt, dass der Träger der Wohneinrichtung selbst einen Pflegedienst als eigenständig wirtschaftende Einheit unterhält und anbietet oder dass der Betroffene einen externen ambulanten Dienst wählt. Die Leistung der Pflege selbst würde dann mit dem Personal und nach den Grundsätzen und Maßstäben des SGB XI erbracht.

Rehabilitation vor Pflege umsetzen

Die Caritas sieht, ebenso wie die GRÜNEN, noch ein großes Entwicklungspotenzial, um die medizinische Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Aus Sicht der Caritas ist eine Verbesserung der Gewährung von medizinischer Reha nicht dadurch zu erreichen, dass die Pflegeversicherung Rehabilitationsträger wird. Die Pflegeversicherung ist für Pflegeleistungen zuständig und nicht für medizinische Rehabilitation. Zudem ist sie ein Teilleistungssystem. Leistungen der medizinischen Rehabilitation müssen jedoch vollständig aus dem SGB V bzw. SGB VI finanziert werden.

Ein großes Anliegen der Caritas ist der Ausbau der mobilen Rehabilitation, die große Chancen für einen Verbleib von pflegebedürftigen Menschen sowie Menschen mit Behinderung in der eigenen Häuslichkeit bietet. Dahingehend wird der Antrag der GRÜNEN voll unterstützt.

Generell merken wir an, dass es einheitlicher Regelungen für die Rehabilitation im SGB IX bedarf. Mit dem Digitalen Rentengesetz und dem IPReG hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen geschaffen, dass es zu einheitlichen Kriterien für die Leistungszulassung und die Ausgestaltung der Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen kommt. Wir fordern die Bundesregierung dazu auf, den Reha-Trägern im SGB V und SGB VI aufzutragen, in diesem Prozess explizit auch Regelungen für die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung zu treffen und zur Refinanzierung spezieller struktureller und personeller Voraussetzungen zu treffen, incl. eindeutiger Refinanzierungsregelungen für ggf. erforderliche Begleitpersonen.

In diesem Zusammenhang sei auch angemerkt, dass Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige gestärkt werden müssen, indem der Vorrang „ambulant vor stationär“ nicht nur für die medizinische Rehabilitation, sondern auch für die Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige abgeschafft wird. In einem Modellprojekt des Ministeriums für Arbeit für Arbeit Gesundheit und Soziales in NRW wird zur Zeit erprobt, wie durch eine gezielte Beratung von pflegenden Angehörigen deren Zugang in Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen verbessert und erleichtert werden kann. Die Antragstellungen bei unterschiedlichen Versicherungsträgern bzgl. der Regelungen für die eigene Gesundheitsmaßnahme und bzgl. der gleichzeitigen Antragstellung zur Versorgung für den pflegebedürftigen Angehörigen oder ggf. auch Mitnahme verbunden mit der Gesamt-Organisation stellt für Pflegende Angehörige offensichtlich eine immense Hürde dar, ebenso wie die Herausforderung an Informationen zu passenden Angeboten zu gelangen“. Eine BQS Studie aus 2014 im Auftrag des BMG <https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/Vom->

[Bedarf-zur-Reha-Bestandsaufnahme-zur-medizinischen-Rehabilitation-fr-pflegende-Angeh-rige.pdf.pdf](#) hatte darauf bereits hingewiesen. Daher fordern wir die Bundesregierung dazu auf, die Erkenntnisse aus diesem Projekt in die weiteren Entscheidungen über gesetzgeberische Maßnahmen einzubeziehen.

Haushaltshilfen für Familien mit Kindern mit Behinderungen in der Pandemiephase

Die GRÜNEN schlagen vor, den coronabedingten Ausfall der Unterstützungsangebote im Alltag für Familien mit Kindern mit Behinderung durch einen auf die pandemische Situation beschränkten Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V zu kompensieren. Das halten wir ordnungspolitisch nicht für geboten. Familienpflegedienste bieten ihre wichtigen Unterstützungsleistungen als akzessorische Leistungen bei schwerer Erkrankung der Mütter oder Väter an, wenn diese z.B. wegen Krankenhausaufenthalt oder ambulanter Chemo vorübergehend die Familie krankheitsbedingt nicht versorgen können. Eine vergleichbare Situation liegt hier jedoch nicht vor. Statt dessen sollten die Eltern eher einen erhöhten Anspruch auf familienentlastende Leistungen aus der Eingliederungshilfe erhalten, sofern Unterstützungsangebote coronabedingt nur in reduziertem Umfang angeboten werden. Wir weisen in diesem Zusammenhang nochmals mit Bedauern darauf hin, dass die Familienpflegedienste in der Pandemie leider nicht unter Schutzschirm-Regelungen gefallen sind.

Berlin/Freiburg, 29. April 2021

Eva M. Welskop-Deffaa
Vorstand Sozial- und Fachpolitik
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Berliner Büro, Tel. 030 284444746, elisabeth.fix@caritas.de