

Kostenabgrenzungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund vom 29.09.2023

Problemanzeigen und Forderungen

Berlin, 2. Oktober 2024

I) Vorbemerkung

Seit dem 25. November 2023 ist die überarbeitete Fassung der sogenannten Kostenabgrenzungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI in Kraft.¹ Die Richtlinien regeln die Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die häuslich gepflegt werden und die zugleich einen Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (AKI) haben, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Sie betreffen ausschließlich Fallkonstellationen, bei denen dieselbe Pflegekraft gleichzeitig Leistungen der AKI nach § 37c SGB V und Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erbringt. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI sind dabei gemäß § 17 Abs. 1b Satz 2 SGB XI nur die körperbezogenen Pflegemaßnahmen (ehemals „Grundpflege“) zu berücksichtigen.

Der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) hat die Kostenabgrenzungs-Richtlinien am 29. September 2023 erlassen. Sie wurden am 22. November 2023 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt und lösen die Kostenabgrenzungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes vom 16. Dezember 2016 ab. Die Richtlinien sind bis zum 31. März 2025 befristet.²

Nach Einschätzung der unterzeichnenden Verbände stellen die Kostenabgrenzungs-Richtlinien häuslich versorgte Pflegebedürftige mit AKI-Bedarf durch mangelnde Rechtsklarheit zunehmend vor unzumutbare Herausforderungen. Die Richtlinien gaben bereits in der Vergangenheit häufig Anlass für Missverständnisse und Verunsicherung, weil die Regelungsinhalte in der Versorgungspraxis einen breiten Interpretationsspielraum eröffnen. Durch die veränderten rechtlichen Anforderungen an die Vergütungsstrukturen in der häuslichen Pflege und die aktuellen Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 132l SGB V haben sich diese Konfliktpunkte nun wesentlich verschärft. Trotz der seit 2021 geltenden Tarifbindung im Bereich der ambulanten Pflege und der damit verbundenen Lohnsteigerungen streben die Kostenträger im Rahmen der noch laufenden Vergütungsverhandlungen nach § 132l eine Absenkung der bisherigen Vergütung an. Leistungserbringer sehen sich dadurch stärker als bisher genötigt, ihre erbrachten Leistungen durch Eigenanteilsforderungen an die Versicherten zu finanzieren, indem sie diesen die von der Pflegekasse nicht vollständig gedeckten Kosten für körperbezogene Pflegemaßnahmen individuell in Rechnung stellen.

¹ Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien sind im Internet abrufbar unter folgendem Link: <https://md-bund.de/aktuell/aktuelle-meldungen/ueberarbeitete-kostenabgrenzungs-richtlinien-in-kraft.html>

² Vgl. Ziffer 8 „Inkrafttreten“ der Kostenabgrenzungs-Richtlinien.

Folgende Problemanzeigen sind regelmäßig Gegenstand von aktuellen Rückmeldungen, die die unterzeichnenden Verbände von Versicherten im Zusammenhang mit den Kostenabgrenzungs-Richtlinien erhalten:

II) Steigende Eigenanteile führen zur Sozialhilfebedürftigkeit von Versicherten mit einem hohen krankheitsbedingten Pflegebedarf

Die veränderten rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der letzten Jahre haben dazu geführt, dass die Lohnkosten in der ambulanten Pflege enorm gestiegen sind. Die Höhe der betragsmäßig gedeckelten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI ist konzeptionell weder zur Finanzierung von professioneller Intensivpflege inklusive Lohnsteigerungen ausgelegt noch zur Deckung des individuell tatsächlich notwendigen Pflegebedarfes vorgesehen. Im Ergebnis können die finanziellen Eigenanteile der Versicherten für körperbezogene Pflegemaßnahmen nach dem SGB XI inzwischen zu unverhältnismäßigen Belastungen führen. Anhand von zwei Kostenbeispielen aus den Jahren 2010 und 2024 sollen die extremen Kostensteigerungen der vergangenen Jahre verdeutlicht werden:

Beispiel aus dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17.06.2010 (Az. B 3 KR 7/09 R), das der Systematik der Kostenabgrenzungs-Richtlinien zugrunde liegt:

*„Reine“ Grundpflege insgesamt 210 Minuten, davon 50 %, also 105 Minuten (= 1,75 Stunden) zu Lasten der Pflegekasse. Angenommener Stundensatz von 30,25 € * 30 Tage * 1,75 Std. = 1.588 €/Monat. Abzüglich Sachleistungsanspruch (Stand 2010) von 1.510 € verbleibt ein Eigenanteil von 78 €/Monat.*

Beispiel nach aktueller Kostenentwicklung (Stand: September 2024) bei Pflegegrad 5:

*Körperbezogene Pflegemaßnahmen pauschal 282 Minuten, davon 50 %, also 141 Minuten (= 2,35 Stunden) zu Lasten der Pflegekasse.³ Der Stundensatz, der nach Rückmeldung von Versicherten zur Kostendeckung für die bereitgestellte besonders qualifizierte Pflegefachkraft aktuell in Rechnung gestellt wird, ist regional stark schwankend, liegt aber im Durchschnitt bei ca. 62 Euro. Stundensatz von 62 € * 30 Tage * 2,35 Std = 4.371 €/Monat. Abzüglich Sachleistungsanspruch (Stand 2024) von 2.200 € verbleibt ein Eigenanteil von 2.171 €/Monat.*

Die Beispiele machen deutlich, dass seit dem BSG-Urteil von 2010 die Eigenanteile von Versicherten für Pflegesachleistungen um bis zu 2.100 € im Monat gestiegen sind.

Die hohen Eigenanteile führen dazu, dass Versicherte und Familien mit Kindern, die auf AKI angewiesen sind, große Teile ihres Einkommens und Vermögens für ihre krankheitsbedingte pflegerische Versorgung einsetzen müssen oder gezwungen sind, Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb sicherzustellen, dass der monatliche Eigenanteil für körperbezogene Pflegemaßnahmen auf einen angemessenen Höchstbetrag begrenzt wird, damit Versicherte mit einem hohen krankheitsbedingten Pflegebedarf nicht in die Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe gedrängt werden.

³ Vgl. Ziffer 6 „Pauschale Minutenwerte“ der Kostenabgrenzungs-Richtlinien.

III) Die Übergangsregelungen in Ziffer 7 der Kostenabgrenzungs-Richtlinien benachteiligen „Altfälle“

Die in Ziffer 7 der Kostenabgrenzungs-Richtlinien festgeschriebenen Übergangsregelungen benachteiligen sogenannte „Altfälle“. Dabei handelt es sich um Versicherte, bei denen bereits vor dem 1. Januar 2017 eine Kostenabgrenzung auf Grundlage der bis dahin durch den Medizinischen Dienst erhobenen Zeitwerte für die „reine“ Grundpflege vorgenommen wurde. Bei diesen Altfällen werden nicht die pauschalen Minutenwerte nach Ziffer 6 der Kostenabgrenzungs-Richtlinien zugrunde gelegt, sondern es bleibt auch nach dem 1. Januar 2017 bei der Berücksichtigung der in früheren Pflegegutachten festgestellten Minutenwerte. Liegen diese Werte höher als die pauschalierten Minutenwerte führt dies zwangsläufig zu noch höheren Eigenanteilen der Versicherten.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb, die benachteiligenden Übergangsregelungen zu streichen.

IV) Anwendungsfehler

1.) Rechtswidrige Anwendung beim Bezug von Pflegegeld

Die unterzeichnenden Verbände erhalten vermehrt Rückmeldungen von Versicherten, wonach die fehlerhafte Anwendung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien durch Krankenkassen zu rechtswidrigen Kürzungen von Leistungen der AKI führt. Entgegen dem in Ziffer 3 der Kostenabgrenzungs-Richtlinien festgelegten Geltungsbereich, wonach die Richtlinien nur bei Bezug von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI Anwendung finden, wird von einigen Krankenkassen die Ansicht vertreten, die Kostenabgrenzungs-Richtlinien seien auch anzuwenden, wenn An- und Zugehörige die körperbezogenen Pflegemaßnahmen selbst sicherstellen und hierfür Pflegegeld erhalten. Rechtswidriger Weise kommt es in diesen Fällen zur Minderung des AKI-Anspruchs, indem der bewilligte Leistungsumfang in Höhe der in Ziffer 6 der Kostenabgrenzungs-Richtlinien festgelegten pauschalen Minutenwerte (bei Pflegegrad 5 z.B. 141 Minuten = 2,35 Stunden/Tag) gekürzt wird. Durch die fehlerhafte Anwendung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien ist die Versorgungssicherheit der Versicherten nicht mehr in ausreichendem Maße gewährleistet, da im Ergebnis für 2,35 Stunden täglich keine Pflegefachkraft zur Krankenbeobachtung und Intervention bei lebensbedrohlichen Krisen zur Verfügung steht.

2.) Rechtswidrige Leistungskürzung beim Bezug von Pflegesachleistungen

Auch in Fällen, in denen die Versicherten Pflegesachleistungen beziehen und die Kostenabgrenzungs-Richtlinien dem Grunde nach Anwendung finden, interpretieren einige Krankenkassen die festgelegten Minutenwerte fälschlicherweise dahingehend, dass diese vom ärztlich verordneten Versorgungsumfang in Abzug zu bringen sind. Die kassenseitige Genehmigung der ärztlich verordneten 24-Stunden-Intensivpflege umfasst dann z.B. bei Pflegegrad 5 nur noch 21,65 Stunden Behandlungspflege. Im Ergebnis ist auch in diesen Fällen für 2,35 Stunden täglich nicht sichergestellt, dass eine Pflegefachkraft zur sofortigen Intervention bei lebensbedrohlichen Krisen zur Verfügung steht.⁴

Die Krankenkassen verkennen bei dieser Anwendungspraxis den Zweck der Kostenabgrenzungs-Richtlinien: Es geht bei den Richtlinien allein um eine Abgrenzung von Kosten und die Frage, inwieweit die

⁴ Die kassenseitige Praxis der Anspruchsminderung per Genehmigungsbescheid hat überdies zur Folge, dass der individuelle Bedarf der Versicherten auf AKI im Hinblick auf eine Evaluation des GKV-IPReG und der Auswirkungen der Außerklinischen-Intensivpflege-Richtlinie verzerrt abgebildet wird. Bei AKI-Bedarf und gleichzeitigem Bezug von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI gibt es dieser fehlerhaften Anwendungspraxis zufolge nämlich praktisch keine 24-Stunden-Versorgungen mehr, was den Tatsachen nicht entspricht.

Pflegekasse für bestimmte Zeitanteile an den Kosten zu beteiligen ist. Eine Begrenzung des bewilligten Leistungsumfangs von AKI kann aus den Richtlinien nicht abgeleitet werden, da beide Ansprüche nach der Rechtsprechung des BSG uneingeschränkt nebeneinander bestehen.

3.) Rechtswidrige Anwendung bei stundenweiser Beteiligung von An- und Zugehörigen an der Behandlungspflege

Eine rechtssichere Anwendung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien in den Fällen, in denen An- und Zugehörige stundenweise sowohl medizinische Behandlungspflege als auch körperbezogene Pflegemaßnahmen übernehmen, ist nicht gegeben. Zahlreiche Familien stellen in nicht unerheblichem Umfang sowohl die Behandlungspflege als auch die körperbezogene Pflege der im eigenen Haushalt lebenden Versicherten selbst sicher. Auch in diesen Fällen werden bei der Ermittlung der erbrachten Sachleistungen häufig die pauschalen Minutenwerte vollständig angerechnet. Dies hat für die Versicherten und ihre Angehörigen zusätzlich zum hohen zeitlichen Aufwand der pflegenden Angehörigen auch noch unberechtigte finanzielle Belastungen zur Folge.

V) Anwendungsprobleme

1.) Eine rechtssichere Abgrenzung zwischen Behandlungspflege (SGB V) und körperbezogenen Pflegemaßnahmen (SGB XI) ist für die Beteiligten häufig nicht möglich

Wenn die körperbezogenen Pflegemaßnahmen durch pflegende Angehörige erbracht werden, finden die Kostenabgrenzungs-Richtlinien keine Anwendung. Aus der Versorgungspraxis häufen sich jedoch Rückmeldungen von Versicherten, dass ihre Krankenkassen anzweifeln, dass die körperbezogenen Pflegemaßnahmen von den pflegenden Angehörigen tatsächlich im vereinbarten Umfang erbracht werden. Sowohl Versicherte als auch Pflegedienste werden daher von den Krankenkassen zur strikten Trennung der Leistungsbereiche und ggf. zur Nachweispflicht für erbrachte Leistungen angehalten. Dies stellt die Beteiligten vor unlösbare Probleme, da häufig Unklarheit über die Abgrenzung von krankheitsspezifischen Maßnahmen der Behandlungspflege und körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Pflegeversicherung besteht.

Beispiel:

Wenn zur Tracheostomapflege das Oberteil des Versicherten ausgezogen werden muss, ist nicht zweifelsfrei geklärt, ob dann im Anschluss das Anziehen eines frischen Oberteils abschließender Teil der komplexen Behandlungspflege ist, um einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen oder eine eigenständige körperbezogene Pflegemaßnahme.

Andererseits greifen die beiden Leistungsbereiche vielfach so eng ineinander, dass die Trennung schon aus praktischen Erwägungen nicht umsetzbar erscheint.

Beispiel:

Die Verrichtungen zum Einmalkathetern bei Patienten mit neurogener Blase sind Behandlungspflege. Je nach Ausführung ist damit im Anschluss auch ein Windelwechsel verbunden. Werden zu dem Zeitpunkt weitere Körperausscheidungen festgestellt, ist die Reinigung im Windelbereich eine körperbezogene Pflegemaßnahme. Das anschließende Wechseln der Windel ist im Zweifel anteilig beiden Leistungsbereichen zuzurechnen. Wie die praktische Leistungsabgrenzung in Fällen erfolgen soll, in denen jeweils unterschiedliche Personen für die beiden Leistungsbereiche zuständig sind, lässt sich nicht zweifelsfrei darstellen.

Die nicht selten strittigen Auseinandersetzungen zwischen Leistungserbringern und pflegenden Angehörigen um die Abgrenzung der jeweiligen Maßnahmen gefährden die Fortsetzung bestehender Versorgungen in erheblichem Maße.

2.) Körperbezogene Pflegemaßnahmen sind nur zur Hälfte dem Leistungsbereich der Pflegekasse zugeordnet

Entsprechend dem einschlägigen Urteil des BSG vom 17.06.2010 (Az. B 3 KR 7/09 R) bilden die in Ziffer 6 der Kostenabgrenzungs-Richtlinie festgelegten Minutenwerte die Hälfte des Zeitaufwandes für die „reinen“ körperbezogenen Pflegemaßnahmen ab. Diese werden dem Leistungsbereich der Pflegekasse zugeordnet. Die Zuordnung bezieht sich ausschließlich auf Fälle, in denen der Versicherte Pflegesachleistungen in Anspruch nimmt und dieselbe Pflegekraft beide Leistungen erbringt. Ob bei Bezug von Pflegegeld trotzdem zu unterstellen ist, dass die Hälfte der körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Rahmen der ärztlich verordneten Behandlungspflege zu erbringen sind, ist rechtlich zumindest nicht eindeutig geklärt und führt daher häufig zu strittigen Auseinandersetzungen.

Auch beim Bezug von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI kommt es regelmäßig zu Auseinandersetzungen. Da die Kostenabgrenzungs-Richtlinien in diesen Fällen, aufgrund des teilweisen Bezuges von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI Anwendung finden, sind in diesen Fallkonstellationen anteilige körperbezogene Pflegemaßnahmen zur Hälfte im Rahmen der Behandlungspflege zu erbringen.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb, die anteilige Zuordnung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen zum Leistungsbereich der Behandlungspflege bei Inanspruchnahme von Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI rechtssicher zu klären.

3) Unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten der Kranken- und Pflegekassen führen zu Kontroversen

Weitere Probleme ergeben sich daraus, dass für die bei Versicherten zusammentreffenden Leistungen der Krankenkasse einerseits und Leistungen der Pflegeversicherung andererseits unterschiedliche Vergütungssätze und unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten gelten. Während die AKI nach Stundensätzen vergütet wird, werden körperbezogene Pflegemaßnahmen nach Leistungskomplexen abgerechnet. Wie der von den Pflegekassen zu leistende Anteil an der Pflege konkret berechnet wird, regeln die Kostenabgrenzungs-Richtlinien nicht. Für die Pflegekasse ist dies auch in aller Regel kein Problem, weil die Kosten jedenfalls bei Pflegegrad 5 den Höchstbetrag von 2.200 € gemäß § 36 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI regelmäßig übersteigen. Das Problem gewinnt erst bei der Berechnung der von dem Pflegebedürftigen bzw. im Fall seiner Hilfebedürftigkeit vom Sozialhilfeträger zu tragenden Kosten der körperbezogenen Pflegemaßnahmen Bedeutung.⁵ Dies stellt Versicherte mit Bedarf an AKI sowie Leistungserbringer zunehmend vor erhebliche Herausforderungen, die wiederum zu Streitbehafteten Konflikten zwischen Versicherten und Leistungserbringern führen und mitunter zur Kündigung der Pflegearrangements.

Die Form der Abrechnung entweder nach Zeitaufwand oder nach Leistungskomplexen kann von den Leistungserbringern im Einzelnen mit den jeweiligen Landeskassen ausgehandelt werden. Pflegebedürftige können dagegen nicht zwischen den beiden Abrechnungsarten wählen und werden durch die Inkompatibilität beider Systeme und die fehlende Transparenz als nicht an den Abrechnungsvereinbarungen beteiligte Dritte benachteiligt.

⁵ Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 16.12.2021, Az. L 15 SO 211/21 B ER.

VI) Abhängigkeitsverhältnis aufgrund lebenssichernder Pflegearrangements verhindert Geltendmachung von Rechtsansprüchen

Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien entfalten entgegen der ursprünglichen Zielsetzung ihre Wirkung auch im Rahmen der privatrechtlichen Pflegeverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherten, weil die Eigenanteile den Versicherten direkt in Rechnung gestellt werden. Die Versicherten sind dabei auf die lebenssichernde Versorgung angewiesen und stehen daher in einem existenziellen Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Leistungserbringern. Sie sind daher in besonderer Weise auf Transparenz, Berechenbarkeit und Verlässlichkeit aller beteiligten Akteure angewiesen.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb, die Wirkung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien über den eigentlichen Geltungsbereich hinaus zu berücksichtigen und eine rechtssichere Kostenabgrenzung für alle im Rahmen der Pflegeversicherung möglichen Leistungsformen zu regeln. Hierzu bedarf es auch einer Handreichung für Krankenkassen und Pflegedienste zur korrekten Anwendung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien.

VII) Fazit

Wie oben ausführlich dargelegt, führen die derzeit geltenden Kostenabgrenzungs-Richtlinien zu erheblichen Anwendungsproblemen, unberechtigten Leistungskürzungen sowie dazu, dass Versicherte, die wegen eines krankheitsbedingt besonders hohen Pflegebedarfes häuslich versorgt werden, zunehmend befürchten müssen, auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen zu sein. Strittige Auseinandersetzungen über die Abgrenzung der Leistungsbereiche und die Ermittlung der wirtschaftlichen Eigenanteile gefährden zudem die Fortführung bestehender Versorgungen, weil für die Versicherten die Grundlagen für eine transparente Leistungsabgrenzung und Berechnung von Eigenanteilen fehlen.

Diese Entwicklungen erschweren die Versorgung von Versicherten in der eigenen Häuslichkeit. Durch die mit der Kostenabgrenzung verbundenen wirtschaftlichen, organisatorischen und emotionalen Belastungen steigt der Druck auf die Versicherten, ihre Versorgung in der eigenen Häuslichkeit aufzugeben und in ein Pflegeheim umzuziehen, insbesondere da in stationären Versorgungssettings aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) gemäß § 37c Absatz 3 SGB V ein erweiterter Anspruch auf AKI besteht. Dieser umfasst neben den Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege alle pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und sogar zusätzlich noch die notwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Im Gegensatz zur häuslichen Versorgung fallen daher bei der stationären Versorgung von Versicherten mit AKI-Bedarf keinerlei Eigenanteile für solche Pflegemaßnahmen an, die dem Leistungsbereich des SGB XI zugeordnet sind.

Mit der Erweiterung des Leistungsanspruchs sollte nach dem Willen des Gesetzgebers erreicht werden, dass Versorgungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht mit höheren finanziellen Belastungen verbunden sind, als in der ambulanten Versorgung.⁶ In der Praxis tritt nun jedoch deutlich zu Tage, dass die stationäre Versorgung für Versicherte kostenmäßig deutlich günstiger ist und die finanziellen Belastungen für Versicherte in der ambulanten Versorgung u.a. aufgrund der Wirkungen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien massiv steigen. Die häusliche Versorgung von Versicherten mit AKI-Bedarf gerät damit zunehmend unter finanziellen Druck.

⁶ BT-Drucksache 19/19368, Seite 30.

Die freie Wahl des Wohnortes wird dadurch wesentlich eingeschränkt, was im Widerspruch zu den Aussagen der Bundesregierung im Koalitionsvertrag steht. Hier heißt es: „Bei der intensivpflegerischen Versorgung muss die freie Wahl des Wohnorts erhalten bleiben. Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) soll daraufhin evaluiert und nötigenfalls nachgesteuert werden. Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.“⁷

Wir erwarten deshalb, dass der MD Bund und das BMG, die vorstehenden Problemanzeigen und Forderungen bei der Anwendung und ggf. anstehenden Überarbeitung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien berücksichtigen. Versicherte und ihre Angehörigen haben aufgrund der komplexen Versorgungssituation im Alltag regelmäßig mit vielfältigen Hindernissen zu kämpfen. Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien dürfen die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht zusätzlich erschweren.

Die unterzeichnenden Verbände fordern deshalb, dass die Kostenabgrenzungs-Richtlinien eine streitfreie und unbürokratische Abgrenzung der jeweiligen Kosten und Pflegemaßnahmen ermöglichen, und zwar unabhängig davon, ob die Versicherten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, das Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI in Anspruch nehmen. Außerdem müssen die Kostenabgrenzungs-Richtlinien so ausgestaltet werden, dass Versicherte und ihre Familien nicht auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind.

Gerne stehen wir für weitere Gespräche zur Verfügung.

Kontaktanschriften:

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm)
Katja Kruse, Leiterin Abteilung Recht und Sozialpolitik
Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf
Tel.: 0211-64004-18
E-Mail: katja.kruse@bvkm.de

Intensivkinder Zuhause e.V.
Henriette Cartolano, Sprecherin des Vorstands
Blockhorner Weiden 24, 22869 Schenefeld
Tel.: 0176 – 31388641
E-Mail: regio-berlin@intensivkinder.de

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. - ISL
Thomas Koritz, Referent für Gesundheitspolitik
Leipziger Straße 61, 10117 Berlin
Tel.: 04671 – 4049135
E-Mail: tkoritz@isl-ev.de

IntensivLeben – Verein für beatmete und intensivpflichtige Kinder und Jugendliche e.V.
Markus Behrendt, Vorsitzender
Lippoldsberger Str. 6, 34128 Kassel
Tel.: 0561 – 50357572
E-Mail: behrendt@intensivleben-kassel.de

⁷ Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), S. 81, Zeile 2687 ff.