



FORSCHUNGSBERICHT 673

Evaluation der Regelungen im SGB V und SGB IX zur Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus

Evaluation der Regelungen im SGB V und SGB IX zur Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH
Weinsbergstraße 190, 50825 Köln

INSTITUT FÜR
SOZIALEFORSCHUNG UND
GESELLSCHAFTSPOLITIK



Universität Kassel, Fachbereich 01 – Humanwissenschaften,
Fachgebiet Sozial- und Gesundheitsrecht,
Recht der Rehabilitation und Behinderung
Arnold-Bode-Straße 10, 34109 Kassel

UNIKASSEL
VERSITÄT

transfer – Unternehmen für soziale Innovation
Bahnhofstraße 23, 54516 Wittlich

transfer
unternehmen für soziale innovation

Dr. Dietrich Engels (ISG)
Thorben Frie (ISG)
Prof. Dr. Felix Welti (Universität Kassel)
Christina Janßen, LL.M. (Universität Kassel)
Konstantin Schäfer (transfer)
Jan Reicherter (transfer)

November 2025

Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Die Durchführung der Untersuchungen sowie die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen sind von den Auftragnehmern in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übernimmt insbesondere keine Gewähr für die Richtigkeit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Untersuchungen.

Kurzbeschreibung

Die Evaluation untersucht die Umsetzung und Wirkung der gesetzlichen Regelungen zur Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderungen (§ 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX), die seit dem 01.11.2022 gelten. Im Fokus steht die Frage, ob diese Regelungen eine bedarfsgerechte und rechtlich abgesicherte Begleitung im Krankenhaus ermöglichen und wie sie in der Praxis ausgestaltet sind. Zentrale Forschungsfragen betreffen die tatsächliche Inanspruchnahme der Leistungen, die entstehenden Kosten in den jeweiligen Leistungssystemen, die Abläufe der Verwaltungsverfahren, die konkreten Tätigkeiten und den zeitlichen Umfang der Begleitung sowie die Abstimmung mit dem Krankenhauspersonal. Darüber hinaus wird untersucht, ob die Begleitung zur Sicherstellung der Krankenhausbehandlung beiträgt, welche rechtlichen und organisatorischen Herausforderungen bestehen und ob die Regelungen in SGB V und SGB IX kohärent ineinander greifen.

Abstract

The evaluation examines the implementation and impact of the regulations on hospital support for people with disabilities (Section 44b SGB V and Section 113(6) SGB IX), which have been in force since 1 November 2022. The focus is on the question of whether these regulations enable needs-based and legally secure support in hospitals and how they are implemented in practice. Key research questions concern the actual use of services, the costs incurred in the respective service systems, the administrative procedures, the specific activities and the time required for support, and coordination with hospital staff. In addition, the study examines whether support contributes to ensuring hospital treatment, what legal and organizational challenges exist, and whether the regulations in SGB V and SGB IX are coherently interlinked.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	11
Abbildungsverzeichnis	12
Abkürzungsverzeichnis	13
Zusammenfassung	16
1. Einleitung	25
1.1 Neuregelung der Krankenhausbegleitung und Untersuchungsauftrag	25
1.2 Historische Entwicklung der Regelungen zur Krankenhausbegleitung	26
1.3 Aufbau des Evaluationsberichts	28
2. Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen	29
2.1 Fallzahlen und Kosten (Modul 1)	29
2.1.1 Gegenstand der Untersuchung	29
2.1.2 Statistische Analysen	29
2.1.3 Quantitative Erhebungen	30
2.1.3.1 Befragung der Krankenhäuser	30
2.1.3.2 Befragung der Träger der Eingliederungshilfe	31
2.1.3.3 Befragung von Beratungsstellen	32
2.1.4 Rechtswissenschaftliche Analyse	33
2.2 Verwaltungsverfahren (Modul 2)	33
2.2.1 Gegenstand der Untersuchung	33
2.2.2 Rechtswissenschaftliche Analyse/ Dokumentenanalyse	33
2.2.3 Qualitative Befragungen	34
2.3 Durchführung der Begleitung (Modul 3)	34
2.3.1 Gegenstand der Untersuchung	34
2.3.2 Qualitative Befragungen	35

2.3.2.1	Vorgehen	35
2.3.2.2	Methodische Anpassungen im Projektzeitraum	37
2.3.2.3	Allgemeine Angaben zu den Befragten	39
2.3.2.4	Zusammenfassung: Umsetzung der Fallstudien	40
2.3.3	Fokusgruppengespräche	40
2.3.4	Rechtswissenschaftliche Analyse	42
2.4	Anwendungsbereich der Regelungen (Modul 4)	42
2.4.1	Gegenstand der Untersuchung	42
2.4.2	Rechtswissenschaftliche Analyse	43
2.5	Prozessbegleitung	43
3.	Fallzahlen, Kosten sowie Einschätzungen von Leistungsträgern und Beratungsstellen	44
3.1	Ergebnisse der Krankenversicherungsstatistik	44
3.2	Ergebnisse der quantitativen Befragungen	45
3.2.1	Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe	45
3.2.2	Befragung von Krankenhäusern	49
3.2.3	Befragung von Beratungsstellen	55
3.3	Ergebnisse der rechtswissenschaftlichen Analyse	59
3.3.1	Rechtsprechungsanalyse	59
3.3.2	Befragung zu Widerspruchs- und Klageverfahren	60
3.4	Zusammenfassung	60
4.	Verwaltungsverfahren	63
4.1	Krankengeldanspruch gemäß § 44b SGB V	63
4.2	Anspruch auf Leistungen für die Begleitung und Befähigung des Leistungsberechtigten durch vertraute Bezugspersonen zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX	68
4.2.1	Überblick Verwaltungsverfahren im SGB IX	68
4.2.1.1	Bedarfsermittlung	68

4.2.1.2	Einbeziehung weiterer Träger	69
4.2.1.3	Erstellung des Gesamtplanes und Erlass des Verwaltungsaktes	72
4.2.1.4	Eifälle	72
4.2.2	Analyse Landesrahmenverträge	73
4.2.3	Nachrang der Eingliederungshilfe und Verweis auf innerfamiliäre Hilfen	75
4.2.4	Voraussetzung einer stationären Krankenhausbehandlung	78
4.3	Zusammenfassung	79
5.	Durchführung der Begleitung	81
5.1	Fallgruppen nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses	82
5.2	Einschätzung des Prozesses der Begleitung	83
5.2.1	Einschätzungen in den Interviews	83
5.2.2	Einschätzungen in den Fokusgruppengesprächen	84
5.3	Zugang und Bewilligungsverfahren	84
5.3.1	Information und Beratung	85
5.3.2	Kontakt zu Leistungsträgern und Bewilligungsverfahren	86
5.3.3	Information, Beratung und Bewilligung aus Sicht der Fokusgruppen	89
5.3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	90
5.4	Die Begleitung im Krankenhaus	91
5.4.1	Rolle der Begleitpersonen	92
5.4.1.1	Aufgaben und Tätigkeiten der Begleitpersonen	92
5.4.1.2	Pflegerische Tätigkeiten im Detail	94
5.4.1.3	Zeitlicher Umfang der Begleitung	95
5.4.2	Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen.	98
5.4.3	Ergebnisse der Fokusgruppen zur Praxis der Begleitung	99
5.4.4	Wunsch- und Wahlrecht bezüglich der Begleitung	100
5.4.5	Thematisierung der Tätigkeiten der Begleitung in den Fokusgruppen	101
5.5	Fallstudien mit mehreren Interviews	104

5.6	Wirkung der Begleitung auf die Behandlung	107
5.7	Verbesserungspotentiale auf Basis der Fallstudien	108
5.8	Zusammenfassung der Ergebnisse der Fallstudien	110
5.8.1	Ergebnisse anhand des Ablaufs der Krankenhausbehandlung	110
5.8.1.1	Beratung, Information und Bewilligungsverfahren	110
5.8.1.2	Inhalt und zeitlicher Umfang der Begleitung	110
5.8.1.3	Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts bezüglich der Begleitung	111
5.8.1.4	Wirkung der Begleitung auf die Behandlung	111
5.8.1.5	Hilfreiche und hinderliche Faktoren für den Prozess der Begleitung im Krankenhaus	112
5.8.2	Ergebnisdarstellung nach Fallgruppen des Gemeinsamen Bundesausschuss	113
5.8.3	Zwischenfazit auf Basis der Fallstudien	114
6.	Rechtswissenschaftliche Analyse der Leistungserbringung und Regelungspraxis	116
6.1	Verpflichtung der Krankenhäuser zur barrierefreien Leistungserbringung	116
6.2	Potenzielle des Leistungserbringungsrechts zur Verwirklichung einer barrierefreien Krankenhausbehandlung	118
6.2.1	Krankenhausfinanzierung	119
6.2.2	Barrierefreiheit als Qualitätsmerkmal des Krankenhauses	120
6.2.3	Zwischenergebnis	121
6.3	Abgrenzung der Leistungen zur Krankenhausbehandlung und Leistungen zur Krankenhausbegleitung	122
6.3.1	Leistungsumfang der Krankenhausbehandlung	122
6.3.2	Leistungsumfang der Krankenhausbegleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX und § 44b SGB V	123
6.3.2.1	Schnittstellen zu Kommunikationshilfen gemäß § 17 Abs. 2 SGB I und rechtlicher Betreuung gemäß §§ 1814 ff. BGB	123
6.3.2.2	Übernahme von Pflegeleistungen durch die Begleitperson	125
6.4	Haftungsrecht	128
6.5	Anwendungsbereich der Regelungen	133

6.6	Zusammenfassung	135
7.	Fazit und Handlungsempfehlungen	138
7.1	Fazit der Untersuchung	138
7.2	Handlungsempfehlungen	140
8.	Anhang	144
8.1	Literaturverzeichnis	144
8.2	Gesprächsleitfäden	153
8.3	Übersicht Interviewprotokolle	155

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Befragung der Krankenhäuser - Inhalte	30
Tabelle 2.2	Befragung der Träger der Eingliederungshilfe - Inhalte	31
Tabelle 2.3	Befragung der Beratungsstellen - Inhalte	32
Tabelle 2.4	Ziele und Adressaten der qualitativen Befragungen	35
Tabelle 2.5	Verteilung der Interviewpartner*innen nach Bundesländern	39
Tabelle 2.6	Verteilung der Fokusgruppengespräche	41
Tabelle 3.1	Krankengeld nach § 44b SGB V	44
Tabelle 3.2	Anzahl bewilligte Fälle von Krankenhausbegleitungen nach Trägerschaft	45
Tabelle 4.1	Kriterien für die medizinische Notwendigkeit einer Mitaufnahme	64
Tabelle 8.1	Gesprächsleitfäden für die Menschen mit Behinderungen und die Begleitpersonen	153
Tabelle 8.2	Codierungsregel - Interviewprotokolle	155
Tabelle 8.3	Codierung Fokusgruppen	157

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1 Angaben zu den Beeinträchtigungen der Personen (n=69)	40
Abbildung 3.1 Institutioneller Hintergrund der Begleitpersonen	46
Abbildung 3.2 Arten der Beeinträchtigungen von Patient*innen, die bei einer Krankenhausbehandlung begleitet wurden	47
Abbildung 3.3 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Krankenhausbegleitung	48
Abbildung 3.4 Einschätzung der Wirkung der neuen Regelungen	49
Abbildung 3.5 Zeitlicher Umfang der Begleitungen	50
Abbildung 3.6 Arten der Beeinträchtigungen von Patient*innen, die bei einer Krankenhausbehandlung begleitet wurden	51
Abbildung 3.7 Aufgaben von Begleitpersonen	52
Abbildung 3.8 Kenntnisstand des Krankenhauspersonals	53
Abbildung 3.9 Nutzen einer Begleitung im Krankenhaus	54
Abbildung 3.10 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Krankenhausbegleitung	55
Abbildung 3.11 Inhalte der Beratungsgespräche	56
Abbildung 3.12 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme	57
Abbildung 3.13 Nutzen einer Begleitung im Krankenhaus	58
Abbildung 3.14 Einschätzung der Wirkung der neuen Regelungen	59
Abbildung 5.1 Beurteilung des Prozesses durch die Interviewteilnehmer*innen	83
Abbildung 5.2 Beratungen der Begleitpersonen	86
Abbildung 5.3 Gesamtbewertung (n=69)	92
Abbildung 5.4 Übersicht über die Tätigkeiten der Begleitpersonen (n=69; Mehrfachnennungen)	93
Abbildung 5.5 Übersicht über pflegerische Maßnahmen (n=49; Mehrfachnennungen)	95
Abbildung 5.6 Zeitlicher Umfang der Begleitung aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen (n=26)	96
Abbildung 5.7 Zeitlicher Umfang der Begleitung aus Perspektive der Begleitpersonen (n=43)	97
Abbildung 5.8 Wunsch- und Wahlrecht aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen (n=26)	100
Abbildung 5.9 Perspektive der Begleitpersonen auf das Wunsch- und Wahlrecht (n=43)	101
Abbildung 5.10 Fokusgruppenergebnisse Interessenvertretung	102
Abbildung 5.11 Fokusgruppenergebnisse Leistungserbringer	103

Abkürzungsverzeichnis

A.a.O.	Am angegebenen Orte
Abs.	Absatz
a.F.	alte Fassung
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
Art.	Artikel
BAG	Bundesarbeitsgericht
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe
BArz AT	Bundesanzeiger Amtlicher Teil
Begr.	Begründer
BEI-BW	Bedarfsermittlungsinstrument Baden-Württemberg
B.E.Ni	Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen
Beschl.	Beschluss
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BGH	Bundesgerichtshof
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BW	Baden-Württemberg
CRPD	Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Convention on the Rights of Persons with Disabilities
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
Ebd.	Ebenda
EGH	Eingliederungshilfe
EUTB	Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatungsstellen
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
FBJJ	Forum behinderter Juristinnen und Juristen
Fn.	Fußnote
Fortf.	Fortführung

FPR	Familie Partnerschaft Recht (Zeitschrift)
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
FS	Festschrift
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
Ggf.	Gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HKP-RL	Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie
Hrsg.	Herausgeber
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
i.V.m.	in Verbindung mit
KHB-RL	Krankenhausbegleitungsrichtlinie
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
Lit.	littera
LRV-NRW	Landesrahmenvertrag Nordrhein-Westfalen
LSG	Landessozialgericht
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
NDV	Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge
n.F.	neue Fassung
NRW	Nordrhein-Westfalen
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
OLG	Oberlandesgericht
PiT	Personenzentrierter integrierter Teilhabeplan
PKR	Pflege- und Krankenhausrecht (Zeitschrift)
QFD-RL	Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie
RdLH	Rechtsdienst der Lebenshilfe (Zeitschrift)
RL	Richtlinie
Rn.	Randnummer
RP Reha	Recht und Praxis der Rehabilitation (Zeitschrift)
SG	Sozialgericht
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SGB	Sozialgesetzbuch
SozSich	Soziale Sicherheit (Zeitschrift)
U-Abs.	Unterabsatz

UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
Urt.	Urteil
VG	Verwaltungsgericht
Vgl.	Vergleiche
VSSR	Vierteljahresschrift für Sozialrecht
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
ZFSH/SGB	Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis
ZPO	Zivilprozessordnung
ZsL	Zentren für selbstbestimmtes Leben

Zusammenfassung

Mit den zum 01.11.2022 in Kraft getretenen gesetzlichen Änderungen im Fünften und Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB V und SGB IX) wurde ein neuer rechtlicher Rahmen geschaffen, um die Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen und die Finanzierung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Eingliederungshilfe zu regeln. Ziel dieser Regelungen ist es, die medizinische Versorgung auch bei komplexen Unterstützungsbedarfen sicherzustellen und die Belastung für die betroffenen Personen zu reduzieren.

Die vorliegende Evaluation verfolgt das Ziel, die Umsetzung und Wirkung dieser Neuregelungen umfassend zu untersuchen. Im Zentrum steht die Frage, ob die gesetzlichen Grundlagen geeignet sind, eine bedarfsgerechte Krankenhausbegleitung zu ermöglichen und eine sachgerechte sowie faire Verteilung der finanziellen Verantwortung zwischen den Leistungssystemen sicherzustellen. Darüber hinaus sollen praktische Herausforderungen, die Qualität der Begleitung und mögliche Regelungslücken identifiziert werden.

Das Untersuchungsdesign umfasst vier Module, die mit einem Mixed-Methods-Ansatz umgesetzt wurden. Modul 1 analysiert Fallzahlen und Kosten, um das Leistungsgeschehen und die Reichweite der Regelungen darzustellen. Modul 2 untersucht die Verwaltungsverfahren und deren Prozessgestaltung. Modul 3 widmet sich der konkreten Durchführung der Begleitung im Krankenhaus, einschließlich der Tätigkeiten der Begleitpersonen im Verhältnis zu den Krankenhausberufen. Modul 4 beleuchtet den Anwendungsbereich der gesetzlichen Regelungen, das Zusammenspiel der Leistungssysteme sowie das Wunsch- und Wahlrecht der leistungsberechtigten Personen.

Neben statistischen Auswertungen und quantitativen Erhebungen wurden qualitative Fallstudien durchgeführt. Ergänzt wurde die empirische Untersuchung durch eine rechtswissenschaftliche Analyse, die die bestehenden gesetzlichen Grundlagen bewertet und potenzielle Regelungslücken herausarbeitet. Fachgespräche mit Expert*innen begleiteten den Evaluationsprozess und dienten der praxisnahen Reflexion zentraler Zwischenergebnisse.

Fallzahlen und Kosten sowie Einschätzungen von Leistungsträgern und Beratungsstellen

Modul 1 analysiert Fallzahlen und Kosten, um das Leistungsgeschehen und die Reichweite der Regelungen darzustellen. Die Auswertung der Krankenversicherungsstatistik zeigt, dass bislang nur sehr wenige Krankenhausbegleitungen nach § 44b SGB V durchgeführt wurden: 2023 wurden 207 Fälle und 2024 sogar nur 120 Fälle registriert. Es ist also keine Steigerung der Fallzahlen erkennbar, im Gegenteil: seit der Einführung des Kinderkrankengelds gemäß § 45 Abs. 1a SGB V Anfang des Jahres 2024 ist die Fallzahl sogar gesunken. Die durchschnittlichen Fallkosten für Begleitungen nach § 44b SGB V betragen 1.028 € (2024).

Für § 113 Abs. 6 SGB IX liegen keine amtlichen Statistiken vor, weshalb eine bundesweite Erhebung unter Trägern der Eingliederungshilfe durchgeführt wurde. Auch hier zeigt sich mit insgesamt 276 gemeldeten Fällen seit November 2022 eine insgesamt geringe Inanspruchnahme. Eine Schätzung auf Basis der Befragungsergebnisse ergibt, dass im Jahr 2023 bundesweit rund 180 Krankenhausbegleitungen nach 113 Abs. 6 SGB IX stattgefunden haben. Damit liegt die Fallzahl auf einem ähnlich niedrigen Niveau wie die der Begleitungen nach § 44b SGB V. Die durchschnittlichen Fallkosten für Begleitungen nach § 113 Abs. 6 SGB IX lagen bei rund 2.260 €, also deutlich über denen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ein Grund für die geringe Inanspruchnahme ist zum einen, dass die Neuregelungen noch nicht hinlänglich bekannt sind. Dies gilt sowohl für Patient*innen und deren Angehörige als auch für Krankenhauspersonal und Leistungserbringer. Zum anderen stellen Personalmangel und Organisationsstrukturen eine Barriere für die Inanspruchnahme einer Begleitung nach § 113 Abs. 6 SGB IX dar. Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld sind vielfach nicht berufstätig und haben somit keinen Verdienstausfall, der durch § 44b SGB V zu kompensieren wäre.

Die Neuregelungen zur Krankenhausbegleitung finden zunehmend Berücksichtigung im Gesamtplanverfahren und in Bedarfsermittlungsinstrumenten der Eingliederungshilfeträger. Deutlich seltener sind die neuen Regelungen bislang in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen verankert.

In einer Befragung von Krankenhäusern geben viele an, dass es bei ihnen bereits Fälle gegeben hat, in denen Menschen mit Behinderungen während einer Behandlung begleitet wurden, jedoch differenzieren die Krankenhäuser nicht nach der Rechtsgrundlage, auf deren Basis die Begleitung stattfand. Bei einem Großteil der zurückgemeldeten Fälle handelt es sich um Kinder, die von ihren Eltern begleitet wurden, was über das Kinderkrankengeld abgedeckt sein dürfte und nicht unter die zu untersuchenden neuen Regelungen fällt. Der Kenntnisstand des Krankenhauspersonals zu den Regelungen variiert deutlich. Nur rund die Hälfte der befragten Krankenhäuser gibt an, dass ihr Personal die Regelungen und Voraussetzungen für eine Begleitung kennt und Patient*innen sowie ihre Angehörigen fachgerecht darüber informieren kann.

Um auch Herausforderungen und Barrieren bei der Inanspruchnahme von Krankenhausbegleitungen zu identifizieren sowie um auch Fälle in den Blick zu nehmen, in denen eine Begleitung möglicherweise nicht stattgefunden hat, wurden auch Beratungsstellen (EUTB®, ZsL und UPD) befragt. Hier zeigt sich, dass das Thema Krankenhausbegleitung regelmäßig Gegenstand von Beratungsgesprächen ist, in denen Fragen der Finanzierung, die Voraussetzungen für eine Begleitung und das Antragsverfahren thematisiert werden. Manche Klient*innen suchen die Beratungsstellen auf, weil sie schlechte Erfahrungen bei einem vorherigen Krankenhausaufenthalt gemacht haben und Behandlungen entsprechend mit Ängsten verbunden sind.

Der Nutzen der Krankenhausbegleitung wird von allen befragten Trägern und Beratungsstellen sehr hoch bewertet. Die Begleitung trägt dazu bei, Ängste der Patient*innen abzubauen und das gegenseitige Verständnis von Patient*innen und Ärzt*innen zu fördern. Die Krankenhausbegleitung ermöglicht einen reibungslosen Ablauf der Behandlung und gibt dem Krankenhauspersonal mehr Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Die Neuregelungen haben zu mehr Klarheit hinsichtlich der Finanzierung der Begleitung geführt und somit die Inanspruchnahme der Krankenhausbegleitung erleichtert.

In den juristischen Datenbanken gibt es bisher kaum Rechtsprechung zu § 113 Abs. 6 SGB IX und § 44b SGB V. Eine ergänzende Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe, Krankenkassen und Rechtsschutzverbänden hat ergeben, dass Widerspruchs- und Klageverfahren in der Praxis bislang selten sind.

Verwaltungsverfahren

Sowohl die Begleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX als auch das Krankengeld gemäß § 44b SGB V werden auf Antrag erbracht. Im SGB IX werden die allgemeinen sozialverwaltungsrechtlichen Regelungen durch das Teilhabe- und Gesamtplanverfahren ergänzt. Die Teilhabeplanung gemäß

§§ 19 ff. SGB IX dient der Koordination des Rehabilitationsbedarfs.¹ Ein Teilhabeplanverfahren ist gemäß § 19 Abs. 1 S. 1 SGB IX insbesondere dann durchzuführen, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Das Gesamtplanverfahren gemäß §§ 117 ff. SGB IX hingegen dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses (vgl. § 121 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Es ist konstitutiv durchzuführen, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt werden. Wenn Leistungen der Eingliederungshilfe und andere Teilhabeleistungen zusammentreffen, sind beide Verfahren zu verknüpfen. Das Gesamtplanverfahren ist dann gemäß § 21 S. 1 Hs. 2 SGB IX Gegenstand des Teilhabeplanverfahrens.

Die rechtswissenschaftliche Analyse zu § 113 Abs. 6 SGB IX im Modul 2 hat unter anderem gezeigt, dass es in der Praxis teilweise Unsicherheiten bzgl. der Übernahme von Fahrkosten der Begleitperson gibt. Wird davon ausgegangen, dass die Krankenkasse zuständig sein soll,² ist diese im Rahmen der Teilhabeplanung gemäß §§ 15, 19 SGB IX in das Verwaltungsverfahren einzubinden.

Die Interviews mit Beschäftigten von Trägern der Eingliederungshilfe sowie auch der zweite juristische Expertenworkshop haben ergeben, dass der Bedarf an einer Krankenhausbegleitung in einigen Fällen auch kurzfristig entstehen kann, auch wenn keine Feststellungen im Gesamtplanverfahren getroffen wurden. In diesen Fällen ist es sehr wichtig, dass eine Entscheidung über die Leistung zügig getroffen wird und der Bedarf auch nachgemeldet werden kann.

Die Analyse der Landesrahmenverträge hat gezeigt, dass bisher in einigen, aber noch nicht in allen Ländern Regelungen zur Krankenhausbegleitung aufgenommen wurden. In anderen Ländern wird derzeit verhandelt, oder es werden Modelle der Finanzierung der Leistungen erprobt. Für Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Leistungsträger kann das Fehlen einer rahmenvertraglichen Regelung zu Rechtsunsicherheit führen, die die Zugänglichkeit der Leistung erschweren kann. Soweit schriftliche oder mündliche Absprachen zwischen den Vereinbarungspartnern auf Landesebene zur Auslegung der Rahmenverträge in Bezug auf die Krankenhausbegleitung bestehen, wäre es daher sinnvoll, diese zugänglich zu veröffentlichen. Die Landesrahmenverträge gemäß § 131 SGB IX, die bislang noch keine expliziten Regelungen zur Krankenhausbegleitung beinhalten, sollten insoweit überprüft werden. An der Vergütung der tatsächlichen Aufwendungen im Wege eines Nachweises der Mehrkosten durch den Leistungserbringer sollte festgehalten werden.

Ein Verweis auf die Unterstützungsmöglichkeit von Familienangehörigen durch die Träger der Eingliederungshilfe ist nur in Ausnahmefällen und nur dann möglich, wenn die Unterstützung tatsächlich und sachgerecht von der Begleitperson aus dem familiären Umfeld erbracht werden kann. Besondere Bedeutung ist dabei auch dem Wunsch- und Wahlrecht des zu begleitenden Menschen mit Behinderung beizumessen. Eventuelle Feststellungen im Gesamtplan sollten bei Bedarf kurz vor der Begleitung erneut überprüft werden. Familiäre Beistandspflichten gemäß §§ 1353 Abs. 1, 1618 BGB beschränken sich nach der zivilrechtlichen Literatur und der Rechtsprechung nur auf die Unterstützung in Notsituationen. Verpflichtungen von Angehörigen zu regelmäßigen und wiederkehrenden Diensten unter Einschränkung der eigenen Berufstätigkeit lassen sich daraus nicht ableiten. Wenn Angehörige den Menschen mit Behinderung ins Krankenhaus begleiten, kann dies allenfalls freiwillig geschehen. Diese Form der Unterstützung ist nicht einklagbar und kann auch nicht mit Zwang durchgesetzt werden.

Die Begleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX ist zudem nicht nur bei vollstationären, sondern auch bei den anderen in § 39 SGB V genannten Behandlungsformen mit Ausnahme der ambulanten

¹ Kellner, in: BeckOK Sozialrecht, § 19 SGB IX, Rn. 2, Stand: 01.09.2025; Eicher, NZS 2022, S. 601 (604).

² Vgl. BT-Drs. 19/31069, S. 193.

Behandlung möglich, denn § 113 Abs. 6 SGB IX verweist auf die „stationäre“ Behandlung gemäß § 39 SGB V und nicht auf eine „vollstationäre“ Krankenhausbehandlung.

Im Zusammenhang mit § 44b SGB V sollte insbesondere der vorgesehene zeitliche Mindestumfang der Begleitung von acht Stunden gemäß § 1 Abs. 2 S. 1 KHB-RL überdacht werden. Beträgt der Begleitungsbedarf inklusive der Zeiten für An- und Abreise weniger als acht Stunden, besteht kein Anspruch auf Krankengeld, obwohl auch in diesen Fällen die Berufstätigkeit der Begleitperson erheblich eingeschränkt werden kann.

Durchführung der Begleitung

Die Fallstudien sollten durch die Kombination von medizinischer, persönlicher und begleitender Perspektive eine mehrdimensionale, intersubjektiv getragene Einschätzung der Wirkung ermöglichen. Es war nicht möglich, die medizinische Seite einzubinden - entweder weil keine Einwilligung vorlag oder weil es keinen Rücklauf zu den Interviewanfragen gab. Eine Beteiligung der medizinischen Perspektive konnte jedoch im Rahmen von Fokusgruppeninterviews realisiert werden. Die Befragungen der Menschen, die erreicht werden konnten und sich beteiligten, zeigen jedoch: Aus der Praxis werden verschiedene Herausforderungen im Zusammenhang mit der Begleitung genannt. Zugleich wirkt sich die Begleitung positiv aus – sie sichert den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit schweren und komplexen Unterstützungsbedarfen. Auffallend ist, dass dies oft ohne Kenntnis der gesetzlichen Neuregelung geschieht, entweder weil eine Begleitung bereits vor der gesetzlichen Anpassung stattfand bzw. sich diese Frage nicht stellte (Perspektive der Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld), oder weil Leistungserbringer unabhängig vom Umsetzungsstand der neuen vertraglichen Regelungen eine Begleitung ermöglichen, wenn dies aus ihrer Perspektive notwendig erscheint. Ein zentrales Problem ist daher der mangelnde Informationsstand: Viele Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen wussten nicht, dass eine Begleitung im Krankenhaus möglich ist oder dass sich die gesetzlichen Grundlagen geändert haben. Auch bei Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld bestehen häufig Wissenslücken, was auf Defizite in der Beratung durch Leistungsträger hinweisen kann.

Der Prozess und die Rolle der Begleitung während des Aufenthalts werden durch die Menschen mit Behinderungen als sehr positiv beschrieben – deutlich positiver als von den Begleitpersonen, insbesondere den professionellen Leistungserbringern, deren Erfahrungen stark variierten.

Die von den Begleitpersonen übernommenen Tätigkeiten in der Praxis sind vielfältig: Sie übernehmen pflegerische Tätigkeiten, unterstützen die Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal, leisten emotionale Stabilisierung und helfen bei der Tagesgestaltung. In vielen Fällen wäre eine medizinische Behandlung ohne diese Unterstützung nach Einschätzung der Befragten nicht möglich gewesen. Die Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal wurde von den Betroffenen überwiegend positiv bewertet, insbesondere dann, wenn die Begleitperson aktiv in Gespräche eingebunden war. Gleichzeitig wurden strukturelle Probleme deutlich: Fehlendes Wissen über gesetzliche Regelungen, eingeschränkte Möglichkeit der Begleitung durch Pflegekräfte der persönlichen Assistenz und reduzierte Assistenzzeiten führten zu Belastungen und Einschränkungen.

Das Wunsch- und Wahlrecht wird bislang nur teilweise umgesetzt: Etwa die Hälfte der Betroffenen konnte selbst entscheiden, wer sie begleitet – die andere Hälfte wurde ohne aktive Wahlmöglichkeit von verfügbaren Personen begleitet. Die Wahl der begleitenden Person war dabei, sowohl bei Mitarbeiter*innen von Leistungserbringern als auch aus dem persönlichen Umfeld, meist von den verfügbaren Ressourcen der Begleitung abhängig. In einigen Fällen wurden im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung auch freiheitsentziehende Maßnahmen thematisiert.

Insgesamt zeigen die Fallstudien, dass eine Begleitung im Krankenhaus für eine Vielzahl der Beteiligten, trotz bestehender Barrieren, eine signifikante Wirkung entfaltet. Dies betrifft sowohl Menschen mit Behinderungen als auch die Personen, die sie begleiten. Teilhabe wird dort ermöglicht, wo Menschen sich engagieren und die evidenten Lücken an verschiedenen Stellen schließen. Die Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld ebenso wie Teilnehmende an den Fokusgruppen beschreiben Lücken beim Antragsverfahren und bei den Ressourcen der Leistungserbringer. Die neue Regelung des § 44b SGB V entfaltet in der Praxis auch deshalb eine nur geringe Wirkung, weil die meisten persönlichen Begleitpersonen nicht in einem Beschäftigungsverhältnis standen, so dass der Krankengeldanspruch nach § 44b SGB V anders als die Übernahme der Kosten für eine Begleitperson nach § 11 SGB V für sie keine Bedeutung hatte.

Ergebnisse der rechtswissenschaftlichen Analyse der Leistungserbringung und Regelungspraxis

Die Krankenhausbehandlung muss für alle Menschen mit Behinderungen barrierefrei sein. Dies ergibt sich aus verschiedenen Rechtsquellen des übergeordneten (Verfassungs- und Völkerrecht) sowie des einfachen Rechts. Zu nennen sind insbesondere Art. 25 i.V.m. Art. 5 Abs. 2 sowie Art. 9 UN-BRK, Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG, die Behindertengleichstellungsgesetze der Länder, §§ 17 Abs. 1 Nr. 4 und 33c SGB I sowie § 2a SGB V. Auch einige Krankenhausgesetze der Länder beinhalten Regelungen zur Barrierefreiheit, die im Rahmen der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sind; wo dies nicht so ist, sind die Länder bei der Planung zumindest an Verfassungsrecht und ihre Behindertengleichstellungsgesetze gebunden. Die Barrierefreiheit muss über das Leistungserbringungsrecht und dabei insbesondere durch die Vereinbarung von entsprechenden Zusatzentgelten in den Budgetverhandlungen zwischen den Vertragsparteien sowie durch die Qualitätssicherung im Krankenhaus sichergestellt werden. Eine Pflicht zur Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen kann aber auch aus dem Behandlungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Patient*in gemäß § 630a BGB in Verbindung mit dem AGG abgeleitet werden.

Die Krankenhausbehandlung ist gemäß § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V grundsätzlich allumfassend und zielt auf die Krankenbehandlung, die neben ärztlicher Behandlung und der notwendigen Behandlungspflege auch Leistungen der Grundpflege und subsidiäre Leistungen zur sozialen Betreuung der Patient*innen umfasst. Die Krankenhausbegleitung hingegen soll in erster Linie durch assistiv und pädagogisch ausgerichtete Unterstützung die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Krankenbehandlung erfolgreich durchgeführt werden kann. Hierbei können Schnittstellen zu den von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Kommunikationshilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I) und zu den Aufgabenbereichen einer rechtlichen Betreuung entstehen. Begleitpersonen gemäß § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX dürfen aber nicht ohne Weiteres Willenserklärungen für den Menschen mit Behinderung abgeben oder in Behandlungen einwilligen. Dies ist nur möglich, wenn die Begleitperson nach den §§ 1814 BGB, § 630d Abs. 1 S. 2 BGB, § 1358 BGB oder durch Vollmacht hierzu berechtigt ist. Dies wird bei Begleitpersonen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX kaum zutreffen und ist entsprechend sowohl von den Krankenhäusern als auch von den Begleitpersonen selbst zu beachten.

Weiterhin wurde untersucht, ob und inwieweit die Begleitpersonen im Krankenhaus auch in pflegerische Tätigkeiten eingebunden werden. Grundsätzlich ist die Pflege vom Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses umfasst, aber manche Menschen mit Behinderungen lehnen pflegerische Maßnahmen von ihnen fremden Personen ab. Gerade die Pflege von Menschen mit schweren und mehrfachen Beeinträchtigungen stellt besondere Anforderungen an die Pflegepersonen, die häufig nur über entsprechendes Erfahrungswissen erfüllt werden können. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll die Erbringung von Pflegeleistungen ausschließlich bei der Begleitung gemäß § 44b SGB V möglich, aber bei den Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX ausgeschlossen sein. Pflegeleistungen sind in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe ein integraler Bestandteil der Eingliederungshilfeleistungen (§ 103 Abs. 1 SGB IX). Für die ambulanten

Leistungen der Hilfe zur Pflege regelt § 103 Abs. 2 S. 1 SGB IX, dass diese Teil der Eingliederungshilfeleistungen sind, soweit die Teilhabeziele nach Maßgabe des Gesamtplans erreichbar sind und bereits vor Erreichen der Regelaltersgrenze Eingliederungshilfeleistungen bezogen wurden. Für die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung regelt § 13 Abs. 4 SGB XI, dass diese mit Zustimmung des Leistungsberechtigten auch außerhalb von besonderen Wohnformen gegen Kostenerstattung vom Träger der Eingliederungshilfe erbracht werden sollen. In der Praxis spielt diese Regelung nur eine untergeordnete Rolle. Die nach § 13 Abs. 4b SGB XI vorgesehene wissenschaftliche Evaluation dieser Regelung hat gezeigt, dass entsprechende Vereinbarungen aus verschiedenen Gründen nur sehr selten abgeschlossen werden.³

Der Ausschluss von Pflegeleistungen durch vertraute Personen kann zu Versorgungsdefiziten führen, wenn Menschen mit Behinderungen Pflegeleistungen durch ihnen fremde Personen nicht zulassen. Somit sollte § 113 Abs. 6 SGB IX um einen klarstellenden Satz erweitert werden, wonach auch pflegerische Unterstützungsleistungen in Einzelfällen, insbesondere bei der Abwehr von Pflegemaßnahmen durch die Pflegekräfte im Krankenhaus, erbracht werden können.

In Bezug auf die haftungsrechtlichen Fragen ist festzuhalten, dass die Haftung der einzelnen an der Krankenhausbegleitung Beteiligten immer vom jeweiligen Einzelfall abhängt. Grundsätzlich ist eine Haftung des Krankenhauses, des Leistungserbringers der Eingliederungshilfe sowie auch der Begleitperson selbst möglich. Um Klarheit bezüglich der eigenen Verantwortlichkeiten zu schaffen, empfiehlt es sich, dass zwischen allen beteiligten Akteuren enge Absprachen getroffen werden. Gerade im Fall der Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten durch die Begleitpersonen empfehlen sich auch schriftliche Vereinbarungen sowie eine umfassende Dokumentation sowohl durch das Krankenhauspersonal als auch den Leistungserbringer der Eingliederungshilfe. Eine Sorge um eine mögliche Haftung sollte aber nicht dazu führen, dass die Krankenhausbegleitung aus diesem Grund nicht durchgeführt wird.

An verschiedenen Stellen hat sich gezeigt, dass § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX noch nicht gut ineinander greifen. Besteht im Einzelfall kein Anspruch auf Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX und muss die Begleitung durch Angehörige oder Personen aus dem persönlichen Umfeld übernommen werden, hat diese Begleitperson nicht in jedem Fall auch Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44b SGB V. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn die Begleitung weniger als acht Stunden dauert. In solchen Fällen müssen die Begleitpersonen die Begleitung unentgeltlich leisten.

Des Weiteren sieht § 113 Abs. 6 S. 3 SGB IX anders als die Anlage zu § 2 KHB-RL keinen Anspruch auf Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen vor. Die Leistungspflichten der gesetzlichen Krankenversicherung sollten durch die neuen Regelungen nicht eingeschränkt werden.⁴ Auch bei der Begleitung im Rahmen der Eingliederungshilfe kann es aber gerade bei komplexen Bedarfen des Menschen mit Behinderung erforderlich sein, dass die Begleitpersonen während oder nach der Krankenhausbehandlung in das therapeutische Konzept eingebunden werden. In besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sind einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich von den Leistungen umfasst. Für darüber hinausgehende Bedarfe tritt in der Regel die gesetzliche Krankenversicherung gemäß § 37 Abs. 2 SGB V ein.⁵

³ IGES Institut (2019), Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI), Los 3: Schnittstellen Eingliederungshilfe, Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, S. 29 ff.

⁴ Vgl. BT-Drs. 19/31069, S. 191, 193.

⁵ Siehe hierzu: Kruse, in: Krahmer/Plantholz/Kuhn-Zuber, LPK-SGB XI, 2023, 43a, Rn. 10.

Darüber hinaus finden die Regelungen keine Anwendung für jene Personen, die bisher im Alltag noch keine Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten haben, da der bisherige Bezug von Eingliederungshilfeleistungen nach dem Wortlaut von § 44b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 lit c SGB V und § 113 Abs. 6 S. 2 SGB IX vorausgesetzt wird. Sowohl § 44b SGB V als auch § 113 Abs. 6 SGB IX fordern ein enges Vertrauensverhältnis zwischen dem Menschen mit Behinderung und der Begleitperson.⁶ Nach dem Wortlaut von § 113 Abs. 6 Satz 1 SGB IX sind Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX anspruchsberechtigt, ohne dass explizit gefordert wird, dass sie bereits Leistungen beziehen. Ein Begleitungsbedarf könnte grundsätzlich im Einzelfall auch bestehen, wenn bisher keine Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen wurden. Gerade ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die einen Begleitungsbedarf im Krankenhaus haben können, erhalten im Alltag häufig keine Leistungen der Eingliederungshilfe, könnten aber zum leistungsberechtigten Personenkreis nach § 99 SGB IX gehören. § 113 Abs. 6 S. 2 SGB IX formuliert aber eindeutig, dass vertraute Bezugspersonen nur Personen sind, die für den Leistungsberechtigten im Alltag bereits Leistungen der Eingliederungshilfe erbringen. Ein enges Vertrauensverhältnis kann auch vorliegen, wenn die Begleitperson bisher keine Leistungen in Trägerschaft der Eingliederungshilfe erbracht hat. Bestimmte Fallkonstellationen werden daher von der Regelung in § 113 Abs. 6 Satz 2 SGB IX nicht erfasst.

Handlungsempfehlungen

Anhand der Untersuchungsergebnisse lassen sich verschiedene Empfehlungen ableiten, wie die Regelungen weiterentwickelt werden könnten:

- Die Krankenhausbehandlung muss für alle Menschen mit Behinderungen barrierefrei sein. Dies ergibt sich aus verschiedenen Rechtsquellen des Verfassungs- und Völkerrechts sowie des Behindertengleichstellungsrechts, Krankenhausrechts und Sozialrechts. Die **Barrierefreiheit** muss zum einen über das Leistungserbringungsrecht und dabei insbesondere durch die Qualitätssicherung im Krankenhaus sowie durch die Vereinbarung von entsprechenden Zusatzentgelten in den Budgetverhandlungen sichergestellt werden.
- Bislang werden die Leistungen der Krankenhausbegleitung nach § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen. Auch wenn der tatsächliche Bedarf nicht bekannt ist, geben die Untersuchungsergebnisse Hinweise darauf, dass vielfach unentgeltliche Begleitungen stattfinden. So sind bspw. die Regelungen nicht überall bekannt. Zudem werden die Voraussetzungen möglicherweise nicht in allen Fällen erfüllt. Daher sollten die geltenden Leistungsvoraussetzungen überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.
- Sowohl bei § 44b SGB V als auch bei § 113 Abs. 6 SGB IX sollte die **Voraussetzung des bisherigen Bezugs von Eingliederungshilfeleistungen** überdacht werden, da hierdurch gerade ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in ihrem Alltag häufig nur Pflegeleistungen erhalten, von den Leistungen ausgeschlossen werden könnten, obwohl sie zum leistungsberechtigten Personenkreis nach § 99 SGB IX gehören könnten. Das in beiden Normen geforderte enge Vertrauensverhältnis kann auch vorliegen, wenn die Begleitperson bisher keine Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht hat.
- Die Leistungsvoraussetzungen von § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX sollten überprüft und ggf. angeglichen werden. Während die medizinische Notwendigkeit der Begleitung durch Angehörige gemäß der Anlage zu § 2 der KHB-RL auch dann vorliegt, wenn die Begleitperson in das

⁶ BT-Drs. 19/31069, S. 192.

therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung einbezogen oder in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen eingewiesen werden muss, sieht § 113 Abs. 6 S. 3 SGB IX lediglich Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen und einen entsprechenden Bedarf nur in diesen Fällen vor. Auch bei dieser Form der Begleitung kann jedoch ein Einbezug der Begleitperson in das therapeutische Konzept erforderlich sein, wobei die grundsätzlichen Zuständigkeiten der Eingliederungshilfe und der gesetzlichen Krankenversicherung gewahrt bleiben müssen.

- Lässt der Mensch mit Behinderung die Pflege durch die im Krankenhaus angestellten Pflegekräfte nicht zu, muss die **Pflege durch die Bezugspersonen** gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX möglich sein. Dies gilt zumindest in dem vom Leistungserbringer der Eingliederungshilfe üblicherweise auch im Alltag geschuldeten Umfang.
- Aus haftungsrechtlicher Sicht sind eine gute Kooperation und enge Absprachen zwischen dem Krankenhauspersonal und den Begleitpersonen empfehlenswert, die gerade bei der Übernahme pflegerischer Tätigkeiten durch die Begleitperson auch durch schriftliche Vereinbarungen zwischen den beteiligten Akteuren und eine ausführliche Dokumentation ergänzt werden sollten.
- Die Regelungen sollten auch in Bezug auf die **Dauer der Begleitung** angeglichen werden. Wenn der Begleitungsbedarf kürzer ist als acht Stunden, werden diejenigen, die keinen Anspruch auf Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX haben, vor Probleme gestellt, da ihre Angehörigen aufgrund der zu kurzen Dauer keinen Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44b SGB V haben. Auch bei einem niedrigeren Begleitungsbedarf kann aber die Berufstätigkeit der Begleitpersonen beeinträchtigt werden.
- Auch die Regelungen gemäß § 34 Abs. 2 S. 1 SGB XI und § 63b Abs. 3 SGB XII, wonach Pflegebedürftige während ihres Aufenthalts in einer teilstationären oder vollstationären Einrichtung dort keinen Anspruch auf häusliche Pflege haben, sollten überprüft werden. Die mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus eingeführte Rückausnahme für Menschen, die ihre Pflege im Arbeitgebermodell organisieren, in § 63b Abs. 4 SGB XII zielte einerseits darauf, dass die pflegebedürftigen Personen ihren Arbeitgeberpflichten auch während eines Krankenhausaufenthalts weiter nachkommen können.⁷ Andererseits sollte hierdurch aber auch die pflegerische Versorgung von Menschen sichergestellt werden, deren Bedarfe über das vom Krankenhaus Leistbare hinausgehen.⁸ Die notwendige Begleitung und Unterstützung während eines Krankenaufenthalts sollte jedoch nicht davon abhängig gemacht werden, welches Leistungssystem für die Unterstützung im Alltag zuständig ist und in welcher Form die Leistungen bezogen werden.
- Entweder in § 60 SGB V oder in § 113 Abs. 6 SGB IX sollte ein Satz aufgenommen werden, wonach bei einem entsprechenden Bedarf auch die **Fahrkosten der Begleitperson** übernommen werden. Sollen hierfür die Krankenkassen zuständig sein, muss der Träger der Eingliederungshilfe diese grundsätzlich in das Teilhabeplanverfahren einbinden. Gleiches gilt auch, wenn der Träger der Eingliederungshilfe weitere Bedarfe erkennt, für die die gesetzliche Krankenversicherung zuständig ist.
- Für Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Leistungsträger kann **das Fehlen einer rahmenvertraglichen Regelung** zu § 113 Abs. 6 SGB IX zu Rechtsunsicherheit führen, die die Zugänglichkeit der Leistung erschweren kann, insbesondere wenn die genannten Akteure keinen

⁷ BT-Drs. 16/12855, S. 8.

⁸ BT-Drs. 16/12855, S. 9; BT-Drs. 18/9518, S. 91 f.

unmittelbaren Zugang zu den Verhandlungen hatten. Die Landesrahmenverträge gemäß § 131 SGB IX, die bislang noch keine expliziten Regelungen zur Krankenhausbegleitung beinhalten, sollten insoweit überprüft werden.

- Aus den in §§ 1353 Abs. 1, 1618 BGB geregelten **familiären Beistandspflichten** lässt sich keine Verpflichtung von Angehörigen zu regelmäßigen und wiederkehrenden Diensten unter Einschränkung der eigenen Berufstätigkeit ableiten. Somit kommt die Ablehnung der Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX durch die Träger der Eingliederungshilfe aufgrund des Nachranggrundsatzes gemäß §§ 91 Abs. 1 i.V.m. § 104 Abs. 1 SGB IX nur in Ausnahmefällen in Betracht und nur, wenn der Bedarf tatsächlich durch die familiäre Unterstützung vollständig abgedeckt wird.⁹
- Bereits im Rahmen der **Bedarfsermittlung** sollte der Begleitungsbedarf bei einer Krankenhausbegleitung systematisch geprüft und dokumentiert werden. Dies ist insbesondere für Akut- und Notfallsituationen relevant. Dies setzt voraus, dass entsprechende Fragestellungen in Bedarfsermittlungsinstrumenten und Gesamtplanverfahren verankert sind. Tritt der Begleitungsbedarf durch eine akute Behandlung kurzfristig auf, ohne dass Feststellungen im Gesamtplanverfahren getroffen wurden, muss eine Entscheidung über die Leistung zügig getroffen und der Bedarf auch nachgemeldet werden können.
- Die Begleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX ist zudem, ebenso wie § 44b SGB V, nicht nur bei vollstationären, sondern auch bei den anderen in § 39 SGB V genannten Behandlungsformen, also auch bei **teilstationären Behandlungen** möglich, denn § 113 Abs. 6 SGB IX verweist auf die „stationäre“ Behandlung gemäß § 39 SGB V und nicht auf eine „vollstationäre“ Behandlung.
- Die **Beratungs- und Informationslage** zur Krankenhausbegleitung sollte gezielt verbessert werden. Krankenhäuser können dabei eine zentrale Rolle als Anlaufstelle für Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld und für Leistungserbringer übernehmen. Die Möglichkeit von Qualitätsverträgen eröffnet Krankenhäusern den Raum, auch hochbelastete Angehörige einzubinden, zu beraten und eine indirekte Zielgruppe der gesetzlichen Änderungen stärker in den Blick zu nehmen.
- Krankenhäuser sollten gezielte Maßnahmen zur **Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung** für die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und deren Begleitpersonen ergreifen. Schulungen für das Krankenhauspersonal, Informationsmaterialien sowie Leitlinien zur Einbindung von Begleitpersonen können Unsicherheiten reduzieren und die Zusammenarbeit verbessern.

⁹ Vgl. zu den Voraussetzungen einer Ablehnung von Leistungen aufgrund von familiären Beistandspflichten: BT-Drs. 19/31069, S. 193.

1. Einleitung

1.1 Neuregelung der Krankenhausbegleitung und Untersuchungsauftrag

Menschen mit Behinderungen, die in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, sich in fremden Situationen zurechtzufinden, sich mitzuteilen oder Informationen zu verstehen, stehen bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen vor besonderen Herausforderungen. Dies betrifft insbesondere Personen mit eingeschränkter kommunikativer Kompetenz, kognitiven Beeinträchtigungen oder herausforderndem Verhalten. Die standardisierten Abläufe und Strukturen im Krankenhaus sind häufig nicht auf die spezifischen Bedarfe dieser Personengruppe ausgerichtet. Dies kann dazu führen, dass notwendige medizinische Behandlungen nicht oder nur unter erheblichen Belastungen für alle Beteiligten durchgeführt werden können.

Um die medizinische Versorgung dennoch sicherzustellen, kann eine persönliche Begleitung durch vertraute Personen erforderlich sein. Die Begleitpersonen können beispielsweise Ängste reduzieren, die Kommunikation zwischen Krankenhauspersonal und Patient*innen unterstützen und bei der Formulierung von Behandlungswünschen helfen. In der Vergangenheit haben einige Träger der Eingliederungshilfe solche Begleitungen ermöglicht, indem sie Assistenzkräfte oder Bezugspersonen zur Verfügung stellten. Diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe wurden jedoch nur vereinzelt, unsystematisch und nicht flächendeckend gewährt.

Mit den zum 01.11.2022 in Kraft getretenen gesetzlichen Änderungen im SGB V und SGB IX wurde ein verbindlicher Rahmen geschaffen, der die Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus rechtlich absichert und die Finanzierung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Eingliederungshilfe strukturiert. Ziel dieser Neuregelungen ist es, die Durchführung medizinisch notwendiger Krankenhausbehandlungen auch in komplexen Fällen sicherzustellen und gleichzeitig die Belastung für die betroffenen Personen zu reduzieren.

Zur Trägerschaft der Leistungen wurde folgende Regelung vorgenommen: Benötigen Menschen mit Behinderungen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, aus medizinischen Gründen eine Begleitung im Krankenhaus und erfolgt diese in Form einer Mitaufnahme oder Begleitung durch eine vertraute Begleitperson, so ist zu unterscheiden:

- Handelt es sich um eine ganztägige Begleitung durch eine vertraute Bezugsperson aus dem *familiären oder engsten persönlichen Umfeld*, tritt die gesetzliche Krankenversicherung bei einem Verdienstausfall der Begleitperson mit der Zahlung von Krankengeld gemäß § 44b SGB V ein.
- Handelt es sich bei der vertrauten Begleitperson um *Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe*, die gegenüber dem Menschen mit Behinderungen *im Alltag bereits Leistungen der Eingliederungshilfe erbringen*, übernehmen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX die für die Leistungen der Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten.

Diese Regelungen stellen einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen dar. Sie eröffnen die Möglichkeit, Krankenhausbehandlungen unter Bedingungen durchzuführen, die den individuellen Bedarfen besser gerecht werden. Gleichzeitig werfen sie neue Fragen auf – etwa zur praktischen Umsetzung, zur Zusammenarbeit zwischen den Leistungssystemen, zur Finanzierung und zur Qualität der Begleitung im Krankenhaus.

Ziel der vorliegenden Evaluation ist es, die Auswirkungen dieser Neuregelungen gemäß § 113 Abs. 7 SGB IX umfassend zu untersuchen. Es soll bewertet werden, ob sie zu einer sachgerechten Lösung und einer fairen finanziellen Verteilung zwischen den Leistungssystemen SGB V und SGB IX Teil 2 geführt haben. Darüber hinaus wird analysiert, unter welchen Bedingungen und mit welchem Erfolg die Krankenhausbegleitung umgesetzt wird und ob weiterer Regelungsbedarf besteht. Die Studie betrachtet die Perspektiven der beteiligten Personen und Institutionen – insbesondere der Menschen mit Behinderungen und ihrer Begleitpersonen, des Krankenhauspersonals, der Leistungsträger und der Leistungserbringer. Zudem werden mögliche Regelungslücken und die finanziellen Auswirkungen evaluiert. Ziel ist es, Erkenntnisse über die Praktikabilität, die tatsächliche Umsetzung und die Entwicklung der Fallzahlen sowie über die Tätigkeiten und Kommunikationsprozesse der Begleitpersonen zu gewinnen.

1.2 Historische Entwicklung der Regelungen zur Krankenhausbegleitung

Die Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderungen stand in der Vergangenheit immer wieder im Fokus der rechtspolitischen Diskussion. Mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30. Juli 2009¹⁰ reagierte der Gesetzgeber auf die Schwierigkeiten, mit denen Menschen mit Behinderungen und hohem Pflegebedarf im Krankenhaus konfrontiert werden. Laut Gesetzesbegründung sei das im Krankenhaus beschäftigte Pflegepersonal

„[...] weder von der Ausbildung noch von den Kapazitäten her in der Lage, dem besonderen über die Leistungen der Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches hinausgehenden pflegerischen Bedarf behinderter Menschen zu entsprechen.“¹¹

Besonders betroffen seien Menschen, die ihre Pflege außerhalb des Krankenhauses im Arbeitgebermodell sicherstellten. Mit dem Gesetz wurde zum einen § 11 Abs. 3 SGB V um einen zweiten Halbsatz erweitert, wonach die Leistungen bei stationärer Behandlung neben der aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft umfasst, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Der Anspruch auf Mitaufnahme einer Pflegekraft wurde flankiert durch einen – ebenfalls auf das Arbeitgebermodell beschränkten – Anspruch auf ambulante Leistungen der Hilfe zur Pflege während eines Krankenhausaufenthalts, indem mit § 63 S. 4 SGB XII a.F. (§ 63b Abs. 4 SGB XII n.F.) eine Rückausnahme vom grundsätzlichen Leistungsausschluss während des Aufenthalts in einer stationären oder teilstationären Einrichtung geregelt wurde. Menschen mit Behinderung und hohem Pflegebedarf, die ihre Leistungen nicht im Arbeitgebermodell organisieren, blieben weiterhin von ambulanter Pflege im Krankenhaus, auch gemäß § 34 Abs. 2 S. 1 Alt. 2 SGB XI, ausgeschlossen. Lediglich Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld ist gemäß § 34 Abs. 1 S. 2 SGB XI die ersten vier Wochen eines stationären Krankenhausaufenthalts von der Pflegekasse weiter zu leisten.¹² Hierdurch soll die Pflegebereitschaft der Pflegepersonen aufrechterhalten werden.¹³ Pflegegeld wird aber nicht geleistet, wenn der Antrag erst zu einem Zeitpunkt gestellt wird, in dem der Antragssteller sich bereits im Krankenhaus befindet.¹⁴ Menschen, die ihre Pflegekräfte selbst beschäftigen, steht Pflegegeld nach der Anpassung von § 34 Abs. 2 SGB XI durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus auch über die ersten vier Wochen hinaus zu.

¹⁰ BGBI. I, S. 2495.

¹¹ BT-Drs. 16/12855, S. 9.

¹² Ein längerer Bezug ist auch bei einem behinderten Kind mit sehr hohem Pflegebedarf nicht möglich; Siehe: SG Osnabrück, Urt. v. 07.09.2021, S 14 P 16/19, juris.

¹³ BT-Drs. 3/3696, S. 12.

¹⁴ SG Nürnberg, Urt. v. 05.06.2019, S 18 P 37/19, juris.

Mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen¹⁵ wurde der Anspruch auf die Mitaufnahme einer selbst beschäftigten Pflegekraft und Weiterfinanzierung der Pflegeleistungen auch auf die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 Abs. 2 SGB V ausgeweitet.

Durch die Rechtsprechung war sodann anerkannt, dass die Rechtslage durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus und das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abschließend geregelt ist und insbesondere keine teleologische Reduktion von § 63b Abs. 3 S. 1 SGB XII mehr möglich sei.¹⁶ Eine solche nahm das SG Landshut in einem Fall vor, der sich noch vor der Einführung von § 63 S. 4 SGB XII a.F. zutrug. Das SG betonte, dass der pauschale Ausschluss von ambulanten Pflegeleistungen im Krankenhaus dem eigentlichen Sinn und Zweck der Norm in § 63 S. 3 SGB XII a.F. zuwiderlaufe, Doppelbelastungen von unterschiedlichen Leistungsträgern zu vermeiden.¹⁷ Die pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen sei auch unter Bezugnahme auf die Begründung zum Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus in der Mehrzahl der Fälle nicht Bestandteil der für die stationäre Behandlung einer Krankheit erforderlichen Krankenpflege nach § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V.¹⁸ Das SG Landshut knüpfte damit an eine Entscheidung des SG München an, die sodann vom LSG Bayern aufgehoben wurde.¹⁹ Die Materie sei durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus abschließend geregelt worden. Für eine teleologische Reduktion von § 63 S. 3 SGB XII a.F. bestehe insofern kein Raum mehr.²⁰ Ziel der Ausnahmeregelung in § 63 S. 4 SGB XII a.F. sei es nicht, einen Pflegenotstand im Krankenhaus zu beheben,²¹ sondern Menschen mit Behinderungen, die ihre Pflegekräfte selbst beschäftigen, zu ermöglichen, ihr oft mühsam organisiertes Pflegesystem mit eigenen Pflegekräften aufrechtzuerhalten und ihren Arbeitgeberpflichten, insbesondere Zahlung des Lohnes, weiterhin nachkommen zu können. Insofern begegne die Privilegierung des Arbeitgebermodells auch vor dem Hintergrund von Art. 3 Abs. 1 GG keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.²² Jedoch gibt es auch wissenschaftliche und verbandliche Auffassungen, die einen Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 und Abs. 3 S. 2 GG i.V.m. Art. 25 UN-BRK erkennen.²³

2020 erlangte das Thema Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderungen erneut politische Aufmerksamkeit.²⁴ Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum Teilhabestärkungsgesetz²⁵ forderten insbesondere Fach- und Behindertenverbände daher, eine verbindliche Regelung zur

¹⁵ Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20. Dezember 2012, BGBl. I, S. 2789.

¹⁶ LSG Bayern, Urt. v. 28.01.2014, L 8 SO 166/12, juris Rn. 35 ff.

¹⁷ SG Landshut, Urt. v. 06.02.2013, S 10 SO 63/10, juris Rn. 49; so auch: SG München, Urt. v. 25.06.2012, S 32 SO 473/10, juris Rn. 36.

¹⁸ SG Landshut, Urt. v. 06.02.2013, S 10 SO 63/10, juris Rn. 50 f.

¹⁹ LSG Bayern, Urt. v. 28.01.2014, L 8 SO 166/12, juris.

²⁰ LSG Bayern, Urt. v. 28.01.2014, L 8 SO 166/12, juris Rn. 35; so auch: LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2016, L 8 SO 366/14, juris Rn. 39.

²¹ LSG Bayern, Urt. v. 28.01.2014, L 8 SO 166/12, juris Rn. 37; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2016, L 8 SO 366/14, juris Rn. 39.

²² LSG Bayern, Urt. v. 28.01.2014, L 8 SO 166/12, juris Rn. 37; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2016, L 8 SO 366/14, juris Rn. 39.

²³ Becker, Assistenzleistungen im Krankenhaus im Lichte des Grundgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 25 ff.; FbJJ, Vorschläge des Forums behinderter Juristinnen und Juristen – FbJJ – zur Verwirklichung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), S. 30 f.; BRK-Allianz, Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland, S. 54; Janßen, Assistenz von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus – Reformbedarfe im Lichte des Rechts auf Gesundheit nach Art. 25 UN-BRK und des Benachteiligungsverbots gemäß Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG – Teil II: Leistungspflichten der Krankenhäuser und Regelungen zum weiteren Bezug von Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen im Krankenhaus, Beitrag D14-2021 unter www.reha-recht.de.

²⁴ heute im bundestag (hib), Kostenträger bei Krankenhausbegleitung, Kurzmeldung vom 11.3.2020 (hib 278/2020); Janßen, Assistenz von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus – Reformbedarfe im Lichte des Rechts auf Gesundheit nach Art. 25 UN-BRK und des Benachteiligungsverbots gemäß Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG – Teil I: Problemaufriss vor dem Hintergrund rechtlicher Anforderungen an eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung, Beitrag A11-2021 unter www.reha-recht.de, S. 2.

²⁵ Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger von Leistungen für Bildung und Teilhabe in der Sozialhilfe (Teilhabestärkungsgesetz) vom 02. Juni 2021, BGBl. I, S. 1387.

Kostenübernahme der Assistenz im Krankenhaus in das neue Gesetz aufzunehmen.²⁶ Mit dem Gesetz zum Erlass eines Tierarzneimittelgesetzes und zur Anpassung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 27.09.2021²⁷ wurde die Krankenhausbegleitung sodann durch Einführung von § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX verbindlich geregelt.

Zuletzt hatte das BSG 2022 klargestellt, dass während eines Krankenhausaufenthalts auch ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege und Intensivpflege gemäß § 37 Abs. 4 bzw. § 37c Abs. 4 i.V.m. § 11 Abs. 3 SGB V bestehen kann, sofern die zu pflegende Person ihre Pflegekräfte selbst beschäftigt.²⁸ Reiche der Krankenpflegebedarf des Versicherten behinderungsbedingt nach Art und Umfang über die für die stationäre Behandlung einer Krankheit erforderliche, nach § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V vom Krankenhaus im Rahmen einer komplexen Gesamtleistung zu leistende Krankenpflege hinaus, könne hinsichtlich dieses zusätzlichen Krankenpflegebedarfs auch ein Krankenhaus ein geeigneter Ort für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege als Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V sein.²⁹ Auch hierfür ist jedoch die Organisation der Pflege im Arbeitgebermodell notwendig, Menschen, die ihre Leistungen im Dienstleistungsmodell erhalten, haben keinen Anspruch auf die Weitergewährung der notwendigen Krankenpflege, auch wenn die Bedarfslage vergleichbar ist.³⁰

1.3 Aufbau des Evaluationsberichts

Im vorliegenden Evaluationsbericht werden zunächst das Untersuchungsdesign vorgestellt und die methodische Herangehensweise erläutert (Kapitel 2). Zur quantitativen Entwicklung der Inanspruchnahme der Krankenhausbegleitung wurden Analysen der Krankenversicherungsstatistik und der Rechtsprechung durchgeführt sowie Leistungsträger, Beratungsstellen und Rechtsschutzverbände zu ihren Einschätzungen und Erfahrungen befragt (Kapitel 3). Eine rechtswissenschaftliche Untersuchung der Verwaltungsverfahren der Regelungen im SGB V und SGB IX wird in Kapitel 4 vorgenommen. Die Prozesse der Begleitung im Krankenhaus wurden im Rahmen von Fallstudien aus der Perspektive der beteiligten Personen erhoben (Kapitel 5). Eine rechtswissenschaftliche Analyse der Leistungserbringung und Regelungspraxis enthält Kapitel 6. Der Bericht schließt mit einem Fazit und Handlungsempfehlungen in Kapitel 7.

²⁶ BAGFW, Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger der Sozialhilfe (Teilhabestärkungsgesetz) vom 03.02.2021, BT-AusschussDrs. 19(11)1015, S. 17 f.; Sozialverband VdK Deutschland, Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V. zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger der Sozialhilfe (Teilhabestärkungsgesetz), BT-AusschussDrs. 19(11)1012, S. 15

²⁷ BGBl. I, S. 4530.

²⁸ BSG, Urt. v. 10.12.2022, B 3 KR 15/20 R.

²⁹ BSG, Urt. v. 10.12.2022, B 3 KR 15/20 R, juris Rn. 19.

³⁰ Kritisch auch: Krohn-Aicher, RdLH 2023, S. 55 (56 f.).

2. Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen

Das Untersuchungsdesign umfasst vier Module, die mit einem Mixed-Methods-Ansatz für die beiden Leistungssysteme (SGB V und SGB IX) und deren Zusammenspiel untersucht wurden:

- **Modul 1 - Fallzahlen und Kosten:**

Mit dem ersten Modul „Fallzahlen und Kosten“ wird das Leistungsgeschehen bezüglich der Anzahl der bewilligten und abgelehnten Fälle, deren Kosten und der erreichten Personenkreise abgebildet.

- **Modul 2 - Verwaltungsverfahren:**

Beim zweiten Modul „Verwaltungsverfahren“ werden Regelungen zum Verwaltungsverfahren und zur Prozessgestaltung untersucht.

- **Modul 3 - Durchführung der Begleitung:**

Die Durchführung der Begleitung mit einer empirischen Erfassung und Analyse der Tätigkeiten der Begleitpersonen in Abstimmung mit und in Abgrenzung von den Tätigkeiten der Berufsgruppen im Krankenhaus sind Gegenstand des dritten Moduls. Hierzu wurden Fallstudien durchgeführt, in denen alle an einer Krankenhausbegleitung beteiligten Personen interviewt werden sollten.

- **Modul 4 - Anwendungsbereich der Regelungen:**

Die Anwendung der gesetzlichen Regelungen und deren Zusammenspiel unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes der leistungsberechtigten Personen sowie möglicher Reformbedarfe werden schließlich im vierten Modul in den Blick genommen.

Das Mixed-Methods-Design der Untersuchung umfasst statistische Analysen, Dokumentenanalysen, quantitative Erhebungen und qualitative Befragungen. Ergänzt wurde das Vorgehen durch eine rechtswissenschaftliche Analyse und Beurteilung der bestehenden Regelungen. In einem Begleitprozess der Evaluation wurden drei Fachgespräche mit Expert*innen durchgeführt. Deren Ziel war es, eine Unterstützung des Forschungsprojekts sicherzustellen und zentrale Zwischenergebnisse zu diskutieren.

2.1 Fallzahlen und Kosten (Modul 1)

2.1.1 Gegenstand der Untersuchung

Mit dem ersten Modul wird das Leistungsgeschehen abgebildet. Das Forschungsinteresse zielt auf die Anzahl der Fälle nach § 44b SGB V bzw. § 113 Abs. 6 SGB IX. Erhoben wurde, in wie vielen Fällen es sich um Erwachsene und in wie vielen Fällen um Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren handelt und welche Kosten im jeweiligen Leistungssystem hierdurch verursacht werden. Es wurde untersucht, in wie vielen Fällen die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die Träger der Eingliederungshilfe für eine Begleitung im Krankenhaus bisher abgelehnt wurde und welche Gründe hierfür entscheidend waren. Auch wurde untersucht, ob es bereits Widerspruchs- und Klageverfahren sowie ggf. erste Rechtsprechung zur Thematik gibt.

2.1.2 Statistische Analysen

Zur Untersuchung des Themenbereichs 1 „Fallzahlen und Kosten“ kamen zunächst statistische Analysen von Sekundärdaten zum Einsatz. Daten zur Anzahl der Fälle können für das Leistungssystem

der Krankenversicherung der jährlichen Fallzahlenstatistik (KG 2) entnommen werden, in der das Merkmal des Krankengeldes wegen Krankenhausbegleitung erfasst wird. Darüber hinaus wird eine Finanzdatenstatistik (KV 45 und KJ 1) quartalsweise von der GKV geführt. Insgesamt konnten quartalsweise Daten vom 4. Quartal 2022 bis zum 2. Quartal 2025 ausgewertet werden.

2.1.3 Quantitative Erhebungen

Weitere statistische Daten wurden mit eigenen Befragungen von Krankenhäusern, Leistungsträgern der Eingliederungshilfe sowie von Beratungsstellen erhoben.

2.1.3.1 Befragung der Krankenhäuser

Die Befragung der Krankenhäuser umfasste Fragen zu folgenden Themenbereichen:

Tabelle 2.1 Befragung der Krankenhäuser - Inhalte

Allgemeine Informationen	Bundesland, Art des Krankenhauses, Planbetten, Fachbereiche
Häufigkeit von Krankenhausbegleitungen	Anzahl Fälle
	Alter der Patienten
	Art von Begleitpersonen
Verlauf der Begleitung	Zeitlicher Umfang
	Anlässe, Arten der Beeinträchtigungen
	Aufgaben, die von Begleitpersonen übernommen werden - inwiefern werden auch pflegerische Aufgaben übernommen?
	Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal
Barrieren und Hindernisse	Ablehnung von Begleitungen und Gründe dafür
	Herausforderungen bei der Inanspruchnahme einer Begleitung
Wirkung und Nutzen	Einschätzung der Wirkung von Krankenhausbegleitungen
Menschen mit Behinderung im Krankenhaus	Allgemeine Herausforderungen bei der Versorgung
	Häufigkeit von Ablehnungen einer Krankenhausaufnahme

Um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Fragen sicherzustellen und mögliche Probleme und Herausforderungen bei der Beantwortung frühzeitig zu identifizieren, wurden im Januar und Februar 2024 Pretests der Erhebungsinstrumente durchgeführt. In den Pretests wurden einige Herausforderungen deutlich. Insbesondere zeigte sich, dass nicht alle Fragen von einer Stelle im Krankenhaus beantwortet werden konnten. Einige Fragen richteten sich eher an die Patientenverwaltung oder das Controlling, andere Fragen konnten nur von der Pflegedienstleitung beantwortet werden. Dieses Problem konnte nicht vollständig gelöst werden, jedoch wurden die Fragen je nach Adressaten zu Modulen zusammengefasst, um die Beantwortung zu erleichtern. Dabei wurden folgende Adressaten(gruppen) unterschieden:

- **Ohne spezifischen Adressaten:** Allgemeine Informationen zum Krankenhaus
- **Patientenverwaltung / Controlling:** Anzahl, Anlässe und Umstände von Krankenhausbegleitungen
- **Pflegedienstleitung:** Praktische Umsetzung der Krankenhausbegleitungen

Die Rückmeldungen aus den Pretests haben gezeigt, dass einige Fragen nicht ohne erheblichen Rechercheaufwand auf Seiten der Krankenhäuser beantwortet werden konnten. Bei Fragen zur praktischen Umsetzung der Begleitung hätte das jeweils an der Behandlung beteiligte Personal einbezogen werden müssen. Dies betrifft z.B. Fragen zur Kommunikation zwischen

Krankenhauspersonal und Begleitpersonen oder zu den Aufgaben, die von den Begleitpersonen übernommen werden. Fragen zu den Anlässen der Begleitung oder zu den Arten der Beeinträchtigungen der Patienten hätten nur durch Einsicht in die Behandlungsdokumentation des jeweiligen Falles beantwortet werden können. Die Fragen wurden so gestellt, dass der Bearbeitungsaufwand für die Krankenhäuser möglichst gering blieb.

Für die Befragung wurden ausfüllbare PDF-Fragebögen verwendet. Diese bieten den Vorteil, dass sie unkompliziert weitergegeben und somit gut von mehreren Personen bearbeitet werden können.

Die bundesweite Befragung der Krankenhäuser lief zwischen März und August 2024. Insgesamt wurden rd. 2.700 Krankenhäuser kontaktiert. Der Zugang zu den Krankenhäusern erfolgte über das Krankenhausverzeichnis des statistischen Bundesamts³¹ und wurde durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. sowie den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. unterstützt. Dabei erfolgte der Versand zunächst an die allgemeine E-Mailadresse der Krankenhäuser, da keine konkreten Ansprechpartner bekannt waren. War die E-Mail-Adresse fehlerhaft oder die E-Mail aufgrund eines Spamfilters nicht zustellbar (486 Fälle), wurde versucht, einen Ansprechpartner zu ermitteln. Auf diese Weise konnten 165 der 486 zunächst nicht erreichten Krankenhäuser nachkontaktiert werden. Um den Rücklauf zu erhöhen, wurden für einen Teil der Krankenhäuser gezielt Ansprechpartner (i.d.R. der Krankenhaussozialdienst) recherchiert und erneut angeschrieben. Außerdem erfolgten mehrfache Erinnerungen per E-Mail.

Trotz diesen Bemühungen haben letztlich nur 44 von 2.729 angeschriebenen Krankenhäusern an der Befragung teilgenommen. Die Rücklaufquote liegt somit bei ca. 2 %. Weitere 13 Krankenhäuser füllten den Fragebogen nicht aus, teilten aber mit, dass es bei ihnen noch keine Begleitungsfälle gegeben habe.

2.1.3.2 Befragung der Träger der Eingliederungshilfe

Für den Leistungsbereich der Eingliederungshilfe wurde eine eigene Erhebung bei den Leistungsträgern durchgeführt, da weder die amtliche Statistik noch der Kennzahlenvergleich der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe (BAGÜS) bislang Angaben zu Leistungen der Begleitung im Krankenhaus ausweisen. Abgefragt wurden folgende Informationen:

Tabelle 2.2 Befragung der Träger der Eingliederungshilfe - Inhalte

Allgemeine Informationen	Bundesland, Ebene (örtlich / überörtlich), Zahl der Leistungsbeziehenden
Häufigkeit und Kosten von Krankenhausbegleitungen:	Anzahl Fälle (seit Inkrafttreten der neuen Regelungen)
	Anlässe, Arten der Beeinträchtigungen
	Art von Begleitpersonen
	Kosten (Gesamt, Min., Max.)
Barrieren und Hindernisse	Herausforderungen bei der Inanspruchnahme einer Begleitung
Dokumentation in Gesamtplänen	Aktualisierungen seit Inkrafttreten der neuen Regelungen
	Geschätzter Anteil der Leistungsbeziehenden, bei dem ein Bedarf im Gesamtplan dokumentiert wurde
Wirkung und Nutzen	Einschätzung der Wirkung der neuen Regelungen

³¹ DESTATIS (2023): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland.

Das Erhebungsinstrument zur Befragung der Träger der Eingliederungshilfe wurde ebenfalls einem Pretest unterzogen. Daran waren sowohl Vertreter*innen der überörtlichen Träger als auch des Deutschen Landkreistages beteiligt. Dabei zeigte sich, dass die Beantwortbarkeit der Fragen von Träger zu Träger unterschiedlich war. Es wurde so eingeschätzt, dass die zur Abfrage vorgesehenen Informationen teilweise für die Träger nicht oder nicht mit vertretbarem Aufwand abrufbar seien. Teilweise seien Recherchen in den Einzelfallakten erforderlich (z.B. zur Art der Begleitperson oder zu den Anlässen der Begleitung). Es wurden dennoch alle Fragen wie vorgesehen abgefragt. Die Teilnehmer*innen hatten jeweils die Auswahlmöglichkeit „Kann ich nicht beurteilen“.

Die Befragung der Träger der Eingliederungshilfe erfolgte ebenfalls mittels ausfüllbarer PDF-Fragebögen. Dieses Format hat sich für Befragungen von Leistungsträgern bewährt, da es den Adressaten ermöglicht, den Fragenkatalog zu überblicken und den Fragebogen an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Es vereinfacht außerdem die Bearbeitung durch mehrere Personen.

Die Befragung erfolgte zwischen März und August 2024. Insgesamt haben 119 von 191 angeschriebenen örtlichen Trägern und 13 von 15 überörtlichen Trägern geantwortet. Die Rücklaufquote liegt damit insgesamt bei ca. 64 %.

2.1.3.3 Befragung von Beratungsstellen

Darüber hinaus wurden Beratungsstellen befragt, an die sich Menschen mit einem Begleitungsbedarf wenden können. Dazu zählen insbesondere die Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (EUTB®), aber auch die Zentren für selbstbestimmtes Leben (ZsL) sowie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD).³² Themen der Befragungen waren:

Tabelle 2.3 Befragung der Beratungsstellen - Inhalte

Allgemeine Informationen:	Bundesland, Art der Beratungsstelle (EUTB, UPD, ZsL, etc.)
Beratung zur Begleitung im Krankenhaus:	Anzahl der Beratungsfälle zum Thema (Veränderung seit Inkrafttreten der neuen Regelungen)
	Inhalte der Beratung
	Anzahl stattgefunder Begleitungen
	Anlässe, Arten der Beeinträchtigungen
Barrieren und Hindernisse	Herausforderungen bei der Inanspruchnahme einer Begleitung
Menschen mit Behinderung im Krankenhaus	Allgemeine Herausforderungen bei der Versorgung
	Häufigkeit und Gründe von Ablehnungen einer Krankenhausaufnahme
Wirkung und Nutzen	Einschätzung der Wirkung von Krankenhausbegleitungen
	Einschätzung der Wirkung der neuen Regelungen

Die Erhebung wurde als Online-Befragung umgesetzt und stand zwischen April und August 2024 offen. Es wurden 803 EUTB, 11 Patientenberatungsstellen und 56 ZsL angeschrieben. Von insgesamt 814 Beratungsstellen nahmen 142 an der Befragung teil.³³ Dies entspricht einer Rücklaufquote von 17 %.

³² Zum Zeitpunkt der Erhebung befand sich die Unabhängige Patientenberatung Deutschland in einem Umstrukturierungsprozess. Die Beratungstätigkeit war daher eingestellt und viele regionale Beratungsstellen waren nicht mehr in Betrieb.

³³ Darunter 130 EUTB, 6 ZsL, eine Patientenberatungsstelle und fünf, die sich als „Sonstiges“ bezeichneten.

2.1.4 Rechtswissenschaftliche Analyse

Die statistischen Auswertungen wurden um eine rechtswissenschaftliche Analyse und Beurteilung der bestehenden Regelungen und der zwischenzeitlich erhobenen Praxis ergänzt. Insbesondere wurde untersucht, ob es bereits Widerspruchs- und Klageverfahren sowie ggf. erste Rechtsprechung zur Thematik gab. Dieser Arbeitsschritt umfasste zunächst eine Recherche in den Datenbanken BeckOnline und Juris. Zusätzlich wurden die Träger der Eingliederungshilfe und die Krankenkassen sowie rechtsschutzgebende Verbände befragt, ob es bereits Widerspruchs- und Klageverfahren gab.

2.2 Verwaltungsverfahren (Modul 2)

2.2.1 Gegenstand der Untersuchung

In diesem Modul standen Regelungen zum Verfahren und zur Prozessgestaltung im Mittelpunkt, insbesondere im Kontext des Teilhabe- und Gesamtplanverfahrens. Dabei war von besonderem Interesse, inwieweit und ggf. welche vertraglichen Regelungen zur Begleitung im Krankenhaus zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern der Eingliederungshilfe bestehen. Dabei wurde auch untersucht, welche Konsequenzen sich aus ggf. fehlenden vertraglichen Regelungen für die Praxis ergeben.

Auch wurde betrachtet, welche untergesetzlichen Regelungen und Übereinkünfte die Leistungsträger bei der Bewilligung bzw. Ablehnung einer Leistung zugrunde legen, bspw. inwiefern und welche Arbeitshilfen (z. B. der BAGÜS) die Träger der Eingliederungshilfe verwenden und welche Kriterien bei der Bewilligung bzw. Ablehnung einer Leistung zugrunde gelegt werden. Für den Rechtskreis des SGB V galt es u.a., die Bedeutung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 44b Abs. 2 SGB V in der Praxis zu untersuchen.

Im Rechtskreis des SGB IX lag ein besonderer Fokus auf dem Gesamtplanverfahren gemäß §§ 117 ff. SGB IX. Hier wurde untersucht, inwieweit Formulare zum Gesamtplanverfahren und Orientierungsrichtlinien nach Einführung der Regelungen zur Krankenhausbegleitung angepasst wurden. Dabei ist auch von Interesse gewesen, inwiefern hier bereits frühzeitig – und unabhängig von einer konkret anstehenden Krankenhausbehandlung – ein etwaiger Bedarf an Begleitung geprüft und gemäß § 121 Abs. 4 Nr. 7 SGB IX im Gesamtplan festgehalten wird.

Bei Begleitpersonen aus dem engsten persönlichen Umfeld war in diesem Modul vor allem in den Blick zu nehmen, von wem und zu welchem Zeitpunkt die medizinische Notwendigkeit der Begleitung bescheinigt wird und wie das Antragsverfahren für die Begleitperson ausgestaltet ist.

Auch mögliche Schwierigkeiten und Hindernisse für ein reibungsloses Verwaltungsverfahren waren hierbei zu untersuchen, etwa mit Blick darauf, ob die zeitlichen Abläufe der Verwaltungsverfahren so strukturiert sind, dass die zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung bzw. aus medizinischen Gründen notwendige Begleitung z.B. auch in Notfällen gewährleistet ist.

2.2.2 Rechtswissenschaftliche Analyse/ Dokumentenanalyse

Zur Evaluation des Themenbereichs 2 „Verwaltungsverfahren“ wurden zunächst Dokumentenanalysen eingesetzt, die im weiteren Verlauf durch qualitative Befragungen ergänzt wurden.

Im Bereich des Sozialversicherungsrechtes liegen mit der „Richtlinie nach § 44 b Abs. 2 SGB V über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus

medizinischen Gründen benötigen“ und dem „Gemeinsamen Rundschreiben vom 7.9.2022: Krankengeld nach § 44 SGB V, 44b SGB V und Verletztengeld nach § 45 SGB VII“ bereits untergesetzliche Regelungen und Orientierungshilfen vor. Diese Dokumente wurden analysiert und dabei auch die Stellungnahmen der gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a sowie § 44 Abs. 2 S. 2 SGB V berechtigten Verbände und Organisationen zur Richtlinie nach § 44b Abs. 2 SGB V einbezogen.

Für die Eingliederungshilfe wurde die von der BAGÜS erstellte „Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 113 Abs. 6 SGB IX“ untersucht. Weitere Datenquellen für die Dokumentenanalyse waren:

- die Landesrahmenverträge nach 131 SGB IX bzw. vorliegende Verhandlungsentwürfe, Konzeptpapiere, Stellungnahmen und Verhandlungsvorschläge der Träger der Eingliederungshilfe und der Vereinigungen der Leistungserbringer
- Leistungsvereinbarungen nach § 125 SGB IX für Leistungen der Sozialen Teilhabe bzw. vorliegende Verhandlungsentwürfe, Konzeptpapiere, Stellungnahmen und Verhandlungsvorschläge der Träger der Eingliederungshilfe und der Leistungserbringer sowie
- die geltenden Formulare zum Gesamtplan nach § 121 SGB IX (insbes. Bedarfsermittlungsinstrumente nebst Erläuterungen, Handbüchern und Orientierungshilfen zu ihrer Anwendung).

Weiterhin wurde die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts (§§ 8, 104 Abs. 2 SGB IX) sowie des Nachranggrundsatzes (§ 91 SGB IX) im Recht der Eingliederungshilfe herausgearbeitet. Zwar regelt § 113 Abs. 6 S.4 SGB IX, dass § 91 Abs. 1 und 2 SGB IX gegenüber Kostenträgern von Leistungen zur Krankenbehandlung mit Ausnahme der Träger der Unfallversicherung keine Anwendung findet, laut Gesetzesbegründung kann die Leistung nach § 113 Abs. 6 SGB IX jedoch im Einzelfall aufgrund des Nachranggrundsatzes der Eingliederungshilfe bei tatsächlich verfügbaren und bedarfsdeckenden innerfamiliären Hilfen abgelehnt werden. Die Grundlage dafür bilden aus Sicht des Gesetzgebers die gegenseitigen familiären Beistands- und Rücksichtnahmepflichten, die im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt sind. Lediglich in Notfällen soll von der Prüfung, ob entsprechende innerfamiliäre Hilfen verfügbar sind, abgesehen werden. Hierzu wurde eine rechtsdogmatische Untersuchung vorgenommen und insbesondere geprüft, wann der Verweis auf innerfamiliäre Hilfen rechtmäßig ist.

2.2.3 Qualitative Befragungen

Dieses skizzierte Vorgehen wurde ergänzt durch Experteninterviews bzw. Fokusgruppengespräche mit Vertretungen der Träger der Eingliederungshilfe aus den Ländern. Insbesondere mögliche Regelungslücken sollten dabei im Detail erörtert werden, ebenso wie die Rolle des Gesamtplanverfahrens (§ 117 ff. SGB IX).

2.3 Durchführung der Begleitung (Modul 3)

2.3.1 Gegenstand der Untersuchung

In diesem Modul wurden der Prozess der Begleitung und deren Wirkung untersucht. Menschen mit Behinderungen, die eine Begleitung in Anspruch nehmen, und ihnen nahestehende Personen einschließlich ihrer Angehörigen wurden dazu befragt, ob die Begleitung im Krankenhaus eine reibungslose Behandlung ermöglicht oder zumindest erleichtert hat und welche Rolle dabei die gesetzlichen Neuregelungen gespielt haben.

Im Vordergrund stand die subjektive Perspektive auf eine Krankenhausbehandlung durch die betroffenen Menschen mit Behinderungen, die Berücksichtigung ihres Wunsch- und Wahlrechts und ihre Erfahrungen mit der Unterstützung durch die Begleitperson, unterschieden nach a) nahestehende Personen bzw. Angehörigen und b) Mitarbeitenden von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe.

Die Forschungsfragen in diesem Modul sind zum einen auf den Verlauf und den zeitlichen Umfang der Begleitung gerichtet. Zum anderen sollten auch die Tätigkeiten, die von den Begleitpersonen übernommen werden, beschrieben werden. Schließlich wurden auch die Abstimmung zwischen Krankenhauspersonal und Begleitpersonen sowie die Abgrenzung ihrer Aktivitäten von pflegerischen Tätigkeiten untersucht.

2.3.2 Qualitative Befragungen

Methodisch standen im dritten Modul qualitative Befragungen im Vordergrund. Dabei waren zunächst einzelne *Fallstudien* vorgesehen, die alle an einem Begleitungsfall beteiligten Akteure einbeziehen. Die in eine Fallstudie einzubehorenden Akteure werden in der folgenden Übersicht genannt:

Tabelle 2.4 Ziele und Adressaten der qualitativen Befragungen

Zielgruppe	Zielsetzung / Inhalte	Vorgehen
Menschen mit Behinderungen	Wirkung einer Begleitung im Krankenhaus durch a) nahestehende Personen bzw. Angehörige und b) Mitarbeitende von Leistungserbringern der EGH	Einzelne Gespräche ggf. in Anwendung unterstützter Kommunikation
Nahestehende Personen/ Angehörige	Wirkung einer Begleitung im Krankenhaus; Tätigkeit und Aufgaben der Begleitperson in Abgrenzung zu den Tätigkeiten und Aufgaben der medizinischen Berufsgruppen im Krankenhaus; Erfolgsfaktoren und Hindernisse	
Mitarbeitende von Leistungserbringern der EGH		
Ärzt*innen		Einzel- oder Gruppengespräche
Pflegekräfte		
Medizinische Heilberufe		
Mitarbeitende im Krankenhaussozialdienst / der Belegungsabteilung	Zusammenarbeit mit Trägern der EGH und Trägern von Leistungsangeboten in der EGH	

Quelle: Eigene Darstellung

Als Ergänzung zu Modul 2 wurde darüber hinaus erhoben, wie sich das Antrags- und Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen bzw. den Trägern der Eingliederungshilfe gestaltet hat.

2.3.2.1 Vorgehen

Insgesamt konnten im Zeitraum von August 2023 bis Juli 2025 in 62 Fallstudien 73 Interviews durchgeführt werden. Mit 29 Menschen mit Behinderungen, 32 Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld und elf Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers wurden Interviews geführt. Ergänzend wurde in einem Fall auf Empfehlung der Begleitperson die zuständige Mitarbeiter*in des

Träger der Eingliederungshilfe interviewt. Als Erhebungsinstrument dienten teilstandardisierte Fragebögen für die verschiedenen Zielgruppen. Ursprünglich war die Erstellung von 50 Fallstudien mit bis zu sieben Interviews geplant. Ein Interview sollte mit einer Person mit Behinderung, ihrer Begleitperson und Mitarbeitenden des Krankenhauses geführt werden.

Fragebogenentwicklung: Im Dezember 2023 wurden der Expert*innenrunde, die die Evaluation begleitet, der Aufbau der Fragebögen für die drei verschiedenen Zielgruppen sowie die zentralen Inhalte vorgestellt und gemeinsam beraten. Im Anschluss erfolgte eine weitere Verdichtung der Leitfragen und Schwerpunkte. Der erste Entwurf des Fragebogens wurde einer ehemaligen Einrichtungsleitung eines Leistungserbringers für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die als Zukunftsplaner*in tätig ist und über umfassende Erfahrungen in der Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen verfügt, zur Prüfung vorgelegt. Im Anschluss wurde der Fragebogen einer weiteren fachkundigen Person zur Prüfung vorgelegt. In der Folge wurden die Entwürfe mit dem Evaluationsteam abgestimmt.

Im Rahmen der Konzeption des Erhebungsinstruments wurde darauf abgezielt, eine möglichst barrierearme Befragung zu ermöglichen. Zu diesem Zweck wurde das Instrument für Menschen, die erheblich im Lernen, Denken, Erinnern und Orientieren im Alltag beeinträchtigt sind, mit Piktogrammen (Daumen bzw. Smileys) hinterlegt. Diese konnten in der spezifischen Gesprächssituation angewendet werden. Im vorliegenden Fall wurde mit dem Ziel einer graduellen Darstellung der subjektiven Einschätzung eine Forced-choice-scale angewendet. Hierdurch konnte eine Tendenz zur Mitte vermieden werden.

Bei Menschen mit komplexen Behinderungen, die Hilfsmittel zur Kommunikation nutzen, wurde der Fragebogen ergänzend im Vorfeld an die Person des Vertrauens geschickt. In den genannten Fällen wurde eine Prüfung der individuellen Verständlichkeit des Fragebogens vorgenommen. Im Hinblick auf die Fragestellungen bezüglich der Skalierung wurde, sofern es die Umstände zuließen, der Einsatz von Piktogrammen präferiert, welche die abgebildeten Personen im Kontext des Alltags verwenden oder die ihnen bekannt sind. Während des Interviews wurde von einer Person ein Talker genutzt.

Die Befragten hatten die Möglichkeit, die Durchführung der Interviews persönlich, telefonisch oder per Videokonferenz zu wählen. Die Verteilung der Interviews ist in der nachfolgenden Übersicht dargestellt: In 33 Prozent der Fälle (n=24) erfolgten die Interviews in Form von Face-to-face-Gesprächen, in 22 Prozent (n=16) wurden telefonische Interviews durchgeführt und in 44 Prozent (n=32) wurden Videokonferenzen als Methode der Datenerhebung eingesetzt.

Feldzugang: Die Realisierung der 50 Fallstudien basierte auf der Krankenhausbefragung und sah die Erhebung einer möglichst repräsentativen Stichprobe vor. Dieser Zugang hat sich als wenig geeignet herausgestellt, insbesondere aufgrund der im Vergleich zu den Erwartungen geringen Rücklaufquote der Krankenhausbefragung (siehe Abschnitt 2.1.3.1).

Diese Phase startete im August 2024. Bis November 2024 wurden über diesen Weg insgesamt zehn Interviews in neun Fallstudien geführt. Daher passte das Forscher*innenteam sowohl die Zugangswege zu den Fallstudien als auch die Methodik an. Diese Anpassungen werden in Abschnitt 2.3.2.2 beschrieben.

Durchführung und Auswertung: Die Interviewer*innen waren angehalten, nach den Maßstäben der Prozessorientierung und Offenheit im gesamten Gesprächsverlauf hypothetische oder zirkuläre Fragen einfließen zu lassen, um so Aspekte offenzulegen, die im Krankenhaus relevant für die Wirkungen der Begleitung sind. Es wurden nur Mitarbeiter*in von *transfer* eingesetzt, die bereits Erfahrung in der Bedarfsermittlung nach den Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)

haben und damit Vorerfahrungen in der Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen, insbesondere im Sprechen und Verstehen von Inhalten, sowie mit Leistungserbringern haben.

Im Anschluss an das Interview wurden die Ergebnisse in einem Ergebnisprotokoll thematisch sortiert und zusammengefasst. Prägnante Formulierungen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen von hoher Relevanz sind, wurden wo möglich wörtlich notiert. Zitate aus den Protokollen sind in diesem Bericht kursiv gesetzt. Das heißt, die Interviews wurden nicht audiotranskribiert.³⁴ Die Auswertung erfolgte mit der Software MAXQDA. Zur Prüfung der Vollständigkeit und um einen ersten Einblick in Ergebnisse zu gewinnen, wurde das Material zu Beginn unabhängig von den folgenden Auswertungsschritten induktiv nach Mayring analysiert. Das Material wurde im Anschluss anhand von deduktiven Kategorien erneut ausgewertet. Im Ergebnis ermöglicht dieses Vorgehen, die subjektiv relevanten Aspekte hervorzuheben und thematisch zusammenzufassen (induktive Kategorienbildung). Die Ergebnisse dieses Arbeitsschritts bilden die Basis des weiteren Vorgehens. Im Anschluss wurden die deduktiven Kategorien genutzt, um Forschungsfragen strukturiert zu beantworten.

Das Ziel war, durch eine strukturierte qualitative Inhaltsanalyse einen Einblick in die Thematik zu gewinnen und die Forschungsfragen durch den Abgleich der Perspektiven der an der Behandlung beteiligten Personen zu beantworten. In diesen Konstellationen ist das Ziel, einen Überblick über die Breite des thematischen Feldes erstellen zu können, auch wenn hierdurch die Tiefe des Materials geringer ist. Im geplanten und angebotenen Erhebungsdesign sollten Lücken in den einzelnen Perspektiven durch andere am Begleitungsfall Beteiligte ergänzt werden. Weil die Perspektive der Mitarbeitenden des Krankenhauses wegen mangelnder Mitwirkungsbereitschaft nicht einbezogen werden konnte, konnten mit den erarbeiteten teilstandardisierten Fragebögen nicht alle Informationen gesichert werden, die für den Kontext der Forschungsfragen relevant sind. Dazu zählen u.a. Anlass der Behandlung, Art und Größe des Krankenhauses oder ob und welche therapeutischen Berufsgruppen an einem Begleitungsfall beteiligt waren.

In diesem ersten Schritt wurden alle Interviews nach der Perspektive der Gesprächsteilnehmer*innen ausgewertet. Das heißt, die Ergebnisse wurden für die Menschen mit Behinderungen und die Begleitpersonen getrennt ausgewertet. Durch die Auswertung getrennt nach Perspektiven sollten Zusammenhänge und thematische Schwerpunkte identifiziert werden. Die Darstellung der qualitativen Ergebnisse der Interviews erfolgte integrativ.

Die Perspektive von Menschen aus dem persönlichen Umfeld ist gegenüber der der Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer deutlich häufiger vertreten, weshalb auf eine durchgängig getrennte Darstellung der beiden Perspektiven der Begleitpersonen verzichtet wird. Die unterschiedlichen Perspektiven werden jedoch dort hervorgehoben, wo sie für das Verständnis der Ergebnisse relevant sind.

2.3.2.2 Methodische Anpassungen im Projektzeitraum

Bereits zu Beginn der Krankenhausbefragung zeichnete sich ab, dass es in der Praxis deutlich weniger Begleitungsfälle gibt als ursprünglich angenommen. Auch war der Rücklauf in der quantitativen Befragung der Krankenhäuser geringer als erwartet.

³⁴ Der Grund dafür waren sowohl forschungsethische als auch datenschutzrechtliche Bedenken. Bei einer Audiotranskription wären sehr wahrscheinlich gesundheitsbezogene Daten verarbeitet worden, die nicht notwendig sind, um die Forschungsfragen zu beantworten. Siehe auch: Vogel, Dita & Funck, Barbara J. (2018). Immer nur die zweitbeste Lösung? Protokolle als Dokumentationsmethode für qualitative Interviews. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 19(1), Art. 7, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.1.2716> - zuletzt geprüft am 10.10.2025.

Feldzugang: Das Forschungsteam entschied sich daraufhin in Abstimmung mit dem Auftraggeber, offen für die Fallstudien zu werben, um so die Beteiligung zu erhöhen. Hierfür wurde im zweiten Expert*innengespräch um Unterstützung gebeten. Neben den Anschreiben, die bereits im ursprünglichen Vorgehen erstellt wurden, wurde ein Flyer zum Forschungsprojekt in leichter Sprache erstellt und durch ein Büro für leichte Sprache geprüft. Ein Krankenhaus erklärte sich bereit, den Flyer direkt im Krankenhaus auszulegen. Das Anschreiben wurde in verschiedene Newsletter aufgenommen, um für die Fallstudien zu werben. Parallel wurden ausgewählte Leistungsträger und Leistungserbringer angesprochen.

Die getroffenen Maßnahmen erhöhten den Rücklauf und das Interesse. Im Zeitraum von Februar 2024 bis Juli 2025 konnten weitere 60 Interviews in 54 Fallstudien vereinbart werden. Im Vorfeld der Interviews wurde mit den Interessierten besprochen, ob die begleitete Person mit Behinderungen im Eingliederungshilfebezug ist und ob diese zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthalts volljährig war.

Dennoch gestaltete sich der Zugang zu den Zielgruppen der gesetzlichen Neuregelung weiterhin schwierig. Für eine Darstellung und Beurteilung der Ergebnisse müssen daher verschiedene Aspekte mit Blick auf den Rücklauf und die Beteiligten berücksichtigt werden.

1. Durch das offene Werben wurden Personen aus dem persönlichen Umfeld, die in der Regel Angehörige sind, besser erreicht als Menschen mit Behinderungen. Von diesen wurden vor allem Menschen mit körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen durch das offene Werben für die Evaluation erreicht. Über die Ansprache von Leistungserbringern konnten insbesondere Menschen, die Assistenzleistung innerhalb einer besonderen Wohnform beziehen, erreicht werden. Auf den offenen Aufruf meldeten sich auch Menschen mit Behinderungen, die keine Begleitung während der Behandlung im Krankenhaus in Anspruch genommen haben.
2. Bei der Darstellung der verschiedenen Perspektiven innerhalb einer Fallstudie war zu berücksichtigen, dass Angehörige bzw. rechtliche Betreuer*innen an den Fallstudien teilnehmen wollten, auch wenn eine Beteiligung der Menschen mit Behinderungen auf Grund der Schwere der Beeinträchtigung oder der aktuellen gesundheitlichen Situation nicht als möglich eingeschätzt wurde.
3. In den meisten Fällen lag lediglich die Zustimmung für Interviews mit den Begleitpersonen oder den Menschen mit Behinderungen vor, jedoch nicht für eine Befragung der Mitarbeitenden der Krankenhäuser. Soweit die Zustimmung zur Beteiligung der Mitarbeitenden der Krankenhäuser (n=7) vorlag, kontaktierte *transfer* die Ansprechpersonen des Krankenhauses, soweit diese bekannt waren.

Lagen keine Informationen vor, wer von Seiten des Krankenhauses als Ansprechperson zur Verfügung steht, wurden die Krankenhäuser telefonisch und über öffentliche E-Mail-Adressen kontaktiert. In einem Fall war es möglich, über diesen Weg ein Interview mit einer Ärzt*in zu vereinbaren. Dieser Termin wurde jedoch abgesagt. Ein Ersatztermin konnte nicht gefunden werden.

Trotz der beschriebenen Anpassungen und Bemühungen konnte das Ziel, bis zu sieben Interviews pro Fallstudie zur Gegenüberstellung verschiedener Perspektiven durchzuführen, nicht erreicht werden.

Von den geplanten 50 Fallstudien mit bis zu sieben Interviews konnte keine Fallstudie vollständig durchgeführt werden. Realisiert wurden 73 Interviews, die 62 Fallstudien zugeordnet wurden. Es gibt neun Fallstudien mit zwei oder mehr Interviews und 53 Einzelinterviews. 29 Menschen mit Behinderungen, 33 Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld und zehn Mitarbeiter*innen von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe nahmen an den Interviews teil. Es fand ein Interview mit

einem Träger der Eingliederungshilfe statt. Dieses Interview wurde zur Wahrung der methodischen Konsistenz von der Auswertung ausgeschlossen. In zwei Interviews hatten die Personen noch keine Begleitung im Krankenhaus, auch diese wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Ein drittes Interview, welches telefonisch geführt wurde, wurde wegen widersprüchlicher Angaben ausgeschlossen. Die Grundlage der Auswertung sind somit 69 Interviews in 62 Fallstudien.

2.3.2.3 Allgemeine Angaben zu den Befragten

In den 62 Begleitungsfällen konnte in neun Fällen mit Begleitpersonen oder mit den leistungsberechtigten Personen ein Interview geführt werden. In sechs Fällen wurde ein Interview mit der betroffenen Person und der Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld geführt. In einer dieser Fallstudien wurden drei Interviews geführt, hier wurden der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, die Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld und die betroffene Person befragt. In zwei Fällen wurden Interviews mit der betroffenen Person und Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers geführt. In einem Fall fanden Interviews mit einer Begleitperson des Leistungserbringers sowie einer Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld statt.

Die regionale Verteilung unterscheidet sich stark, die meisten Fälle sind aus Baden-Württemberg (n=16) und Nordrhein-Westfalen (n=12). In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Niedersachsen und Hessen wurden jeweils in einem Fall Interviews geführt.

Tabelle 2.5 Verteilung der Interviewpartner*innen nach Bundesländern

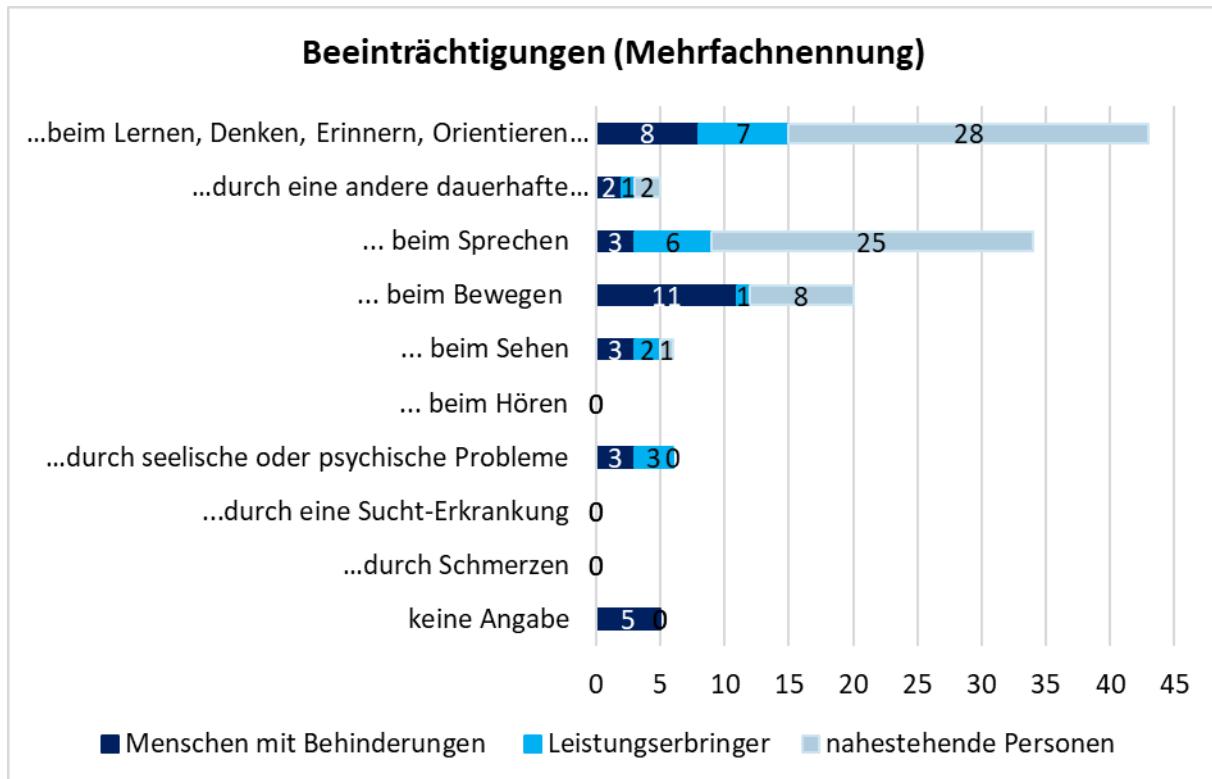
Bundesland	Fallstudien (Anzahl)	Fallstudien (davon mehrere Interviews)	Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld	Mitarbeiter*innen eines Leistungs- erbringers	Menschen mit Behinderungen
Bayern	9	2	5	1	5
Brandenburg	1	0	1	0	0
Berlin	9	2	3	3	4
Baden- Württemberg	16	3	8	3	8
Hessen	2	0	0	0	2
Hamburg	5	0	4	0	1
Mecklenburg- Vorpommern	1	1	1	0	1
Niedersachsen	1	1	1	0	1
Nordrhein- Westfalen	12	1	7	4	3
Rheinland- Pfalz	2	0	0	0	2
Schleswig- Holstein	3	0	2	0	1
Sachsen	1	0	0	0	1
Summe	62	10	32	11	29

Quelle: eigene Auswertung und Darstellung *transfer*

Bei den meisten Menschen mit Behinderungen, die eine Begleitung im Krankenhaus hatten, wurde angegeben, dass sie beim Lernen, Denken, Verstehen oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt waren. In diesen Fällen wurden die Angaben zur Beeinträchtigung häufig von den Begleitpersonen

gemacht, da diese überwiegend auch die Interviewpartner*innen waren. Fälle, in denen die Menschen im Bewegen beeinträchtigt waren, werden am zweithäufigsten beschrieben.

Abbildung 2.1 Angaben zu den Beeinträchtigungen der Personen (n=69)



Quelle: Eigene Auswertung und Darstellung *transfer*

2.3.2.4 Zusammenfassung: Umsetzung der Fallstudien

In keiner Fallstudie war es möglich, alle am Prozess der Begleitung der Krankenhausbehandlung beteiligten Personen und ihre Perspektiven einzubeziehen. In den Fallstudien, in denen mehr als ein Interview durchgeführt werden konnte, wurden diese in der Regel mit der begleiteten Person sowie der Begleitung geführt. Insgesamt wurde in zehn Fallstudien mehr als ein Interview geführt. In einer dieser Fallstudien wurden die Begleitperson und der zuständige Träger der Eingliederungshilfe interviewt. Das Interview mit dem Träger der Eingliederungshilfe wurde aus methodischen Gründen in der Auswertung nicht berücksichtigt. Um die Perspektive der Krankenhäuser, der Leistungserbringer und von Selbstvertretungsorganisationen einzubeziehen, wurden im Anschluss im August und September 2025 Fokusgruppengespräche durchgeführt.

2.3.3 Fokusgruppengespräche

Um die fehlenden bzw. kaum vertretenen Perspektiven der Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser, Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung und Leistungserbringer dennoch in die Evaluation einzubeziehen, wurde vereinbart, dass die Fallstudien um zehn Fokusgruppengespräche ergänzt wurden. Hierbei wurden Rückmeldungen aus dem ersten Expert*innengespräch aufgegriffen, in dem das Evaluationsteam gebeten wurde, auch die Leistungserbringer unabhängig vom Einzelfall an der Evaluation zu beteiligen.

Von den vereinbarten zehn Fokusgruppengesprächen sollte die Hälfte mit Selbstvertretungsorganisationen und die andere Hälfte mit Leistungserbringern bzw. Mitarbeitenden der Krankenhäuser geführt werden. Zwei der Fokusgruppen mit den Selbstvertretungsorganisationen zielten auf die Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Feldzugang: In Vorbereitung auf die Fokusgruppengespräche mit den Selbstvertretungsorganisationen wurden regionale Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen telefonisch und per E-Mail zur Teilnahme angefragt. Die Anschreiben wurden unter anderem auf deren Homepage oder in deren Newsletter veröffentlicht. Daraufhin meldeten sich interessierte Einzelpersonen zur Teilnahme an den Fokusgruppen und warben innerhalb ihrer Netzwerke um weitere Teilnehmer*innen.

Um eine Beteiligung der Krankenhäuser zu ermöglichen, wurde ein Mitglied des Expert*innen-Gremiums um Unterstützung gebeten. Daraufhin meldeten sich drei Krankenhäuser und eine Einzelperson eines Krankenhauses mit Interesse zurück.

Für die Organisation der Fokusgruppengespräche mit den Leistungserbringern wurden gezielt einzelne Leistungserbringer angefragt. Darüber hinaus wurde bei den Leistungserbringern über ihre Verbände um Unterstützung gebeten.

Von den geplanten zehn Fokusgruppen wurden neun Termine für Fokusgruppengespräche vereinbart. Sieben konnten im August und September 2025 durchgeführt werden. Zwei Fokusgruppen wurden mit Mitarbeitenden eines Leistungserbringers realisiert, drei Fokusgruppen mit Selbstvertretungsorganisationen und zwei mit Mitarbeiter*innen eines Krankenhauses.

Tabelle 2.6 Verteilung der Fokusgruppengespräche

Fokusgruppen mit ...	Selbstvertretungs-organisationen	Leistungserbringern	Mitarbeiter*innen von Krankenhäusern
geplant	5	2	3
terminiert	4	2	3
durchgeführt	3	2	2

Quelle: Eigene Auswertung und Darstellung *transfer*

An den drei Fokusgruppengesprächen mit den Selbstvertretungsorganisationen nahmen jeweils zwei Personen teil. Der vierte Termin für ein Fokusgruppengespräch mit Selbstvertretungsorganisationen wurde mit einem Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen vereinbart. Die Ansprechperson warb bei den Mitgliedern für einen vorher abgestimmten Termin. Die Fokusgruppe war als offene Fokusgruppe für Menschen mit Psychiatrie Erfahrung konzipiert, es nahm jedoch keine Person aus dieser Zielgruppe teil. Eine zweite Fokusgruppe für Menschen mit seelischer Behinderung konnte nicht realisiert werden.

Die Auswertung der Fokusgruppengespräche mit Personen aus Selbstvertretungsorganisationen machte deutlich, dass die Interviewteilnehmer*innen ihre Erfahrungen zur Begleitung von Menschen mit Behinderungen während der Krankenhausbehandlung ausschließlich aus Perspektive von

Angehörigen formulierten und nicht aus der Betroffenenperspektive.³⁵ In der Folge entschied sich das Forschungsteam, diese Fokusgruppen in der Auswertung zu berücksichtigen, diese allerdings als Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen zu kennzeichnen und nicht als Perspektive der organisierten Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen. Diese Fokusgruppen geben Auskunft über die Perspektive von Begleitpersonen und nicht der Menschen mit Behinderungen selbst.

In den zwei Fokusgruppengesprächen mit den Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser nahmen einmal zwei Personen und einmal 13 Personen teil. Die dritte Fokusgruppe wurde kurzfristig durch das Krankenhaus abgesagt, ein Ersatztermin konnte nicht realisiert werden. Eine Durchführung des Interviews mit der Einzelperson konnte ebenfalls nicht realisiert werden.

In den Fokusgruppen mit den Leistungserbringern gab es in einem Interview aufgrund des hohen Krankenstandes nur eine Teilnehmer*in, weshalb ein zweiter Termin anvisiert wurde, der jedoch nicht realisiert werden konnte. Bei dem anderen Fokusgruppengespräch nahmen vier Personen teil.

2.3.4 Rechtswissenschaftliche Analyse

In diesem Modul wurde eine Analyse des Verhältnisses zwischen dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Recht der Eingliederungshilfe vorgenommen. Es wurde herausgearbeitet, welche Aufgaben durch das Krankenhaus im Rahmen des jeweiligen Versorgungsauftrags erbracht werden müssen und nicht durch die Begleitpersonen erbracht werden dürfen. Dies spielt insbesondere für die haftungsrechtlichen Fragen eine Rolle. Hierbei waren neben dem Sozialleistungsrecht auch Aspekte des Ordnungsrechts (Krankenhausgesetze), des ärztlichen und pflegerischen Berufsrechts sowie des Privatrechts (Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag) in den Blick zu nehmen. Im Vordergrund stand dabei das Verhältnis zwischen den Leistungen zur Sozialen Teilhabe und der (Behandlungs-) Pflege im Krankenhaus. Insbesondere wurde untersucht, wie mit Situationen umgegangen wird, in denen beispielsweise die Pflege der leistungsberechtigten Personen aufgrund des Vertrauensverhältnisses nur durch die Begleitpersonen möglich ist und wie dies in die Verantwortlichkeiten des Krankenhauses und seiner Beschäftigten eingebunden werden kann. Auch arbeitsrechtliche Aspekte, und dabei insbesondere Fragen des Direktionsrechts, wurden in diesem Arbeitsschritt berücksichtigt.

Unter Einbeziehung der sozialwissenschaftlichen Ergebnisse wurden Empfehlungen an den Gesetzgeber und an die Praxis erarbeitet.

2.4 Anwendungsbereich der Regelungen (Modul 4)

2.4.1 Gegenstand der Untersuchung

Im vierten Modul wurde untersucht, ob die Regelungen im SGB V und SGB IX reibungslos ineinander greifen. Sofern es Regelungslücken gibt, sollten diese identifiziert werden.

³⁵ An den Fokusgruppengesprächen nahmen Personen teil, die im Bereich Menschen mit Behinderungen engagiert sind, wobei jedoch nicht nachvollziehbar ist, ob sie von einer entsprechenden Beeinträchtigung betroffen sind. Die Teilnehmer*innen nahmen im Gespräch die Perspektive von Angehörigen ein und bezeichneten sich als „Fürsprecherin“ (Fokusgruppe). Damit ist davon auszugehen, dass es sich um Mitglieder einer „[Civil society organisation](#)“ handelt - geprüft am 10.10.2025. Der General comment Nr. 7 des UN-Fachausschusses beschreibt Kriterien für die Disabled Person's Organisations ([DPO](#)) - am 10.10.2025. Soweit dies beurteilt werden kann, sind diese Kriterien nicht erfüllt.

2.4.2 Rechtswissenschaftliche Analyse

In diesem Modul wurde insbesondere geprüft, ob die von § 113 Abs. 6 SGB IX und § 44b SGB V erfassten Personenkreise identisch sind, um Versorgungslücken zu identifizieren. Hierbei wurde an die vorherigen Untersuchungsschritte angeknüpft. Ergänzend wurden die weiterhin bestehenden Leistungsausschlüsse in der Langzeit- und der ambulanten Kranken- und Intensivpflege diskutiert. Darauf aufbauend wurden Vorschläge erarbeitet, wie die bestehenden Regelungen verbessert und wie ggf. bestehende Regelungslücken geschlossen werden könnten.

2.5 Prozessbegleitung

Während der Projektlaufzeit wurden drei Fachgespräche unter Beteiligung relevanter Akteur*innen und Organisationen durchgeführt, um einerseits eine Unterstützung des Forschungsprojekts sicherzustellen und andererseits zentrale Zwischenergebnisse zu diskutieren. Der Kreis der Teilnehmer*innen an den Fachgesprächen umfasst Vertreter*innen folgender Organisationen:

- Vertreter*innen des Krankenhauswesens: der Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes, der Stabsstelle Patientenbeteiligung des GBA, ggf. auch des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Vertreter*innen der Leistungsträger der Eingliederungshilfe: Kommunale Spitzenverbände und BAGÜS
- Vertreter*innen von Verbänden der Menschen mit Behinderungen
- Vertreter*innen der Länder.

Zum Austausch über rechtswissenschaftliche Fragen wurden darüber hinaus zwei juristische Expertenworkshops durchgeführt, an denen Vertreter*innen von Verbänden, von Leistungsträgern der Eingliederungshilfe, von Leistungserbringern, des Krankenhauswesens sowie aus der Wissenschaft teilnahmen.

3. Fallzahlen, Kosten sowie Einschätzungen von Leistungsträgern und Beratungsstellen

3.1 Ergebnisse der Krankenversicherungsstatistik

Die statistischen Daten der jährlichen Leistungsfälle (KG 2) liegen zum Stand der Berichtslegung für die Jahre 2022 bis 2024 vor. Demnach wurde im Jahr 2022 (Geltung in den Monaten November und Dezember) in 8 Fällen Krankengeld nach § 44b SGB V gezahlt. Im Jahr 2023 waren es insgesamt 207 Fälle und 2024 wurden 120 Fälle verzeichnet (Tabelle 3.1).

Die Leistungsausgaben sind quartalsweise und als Jahressumme verfügbar (KJ 1). Im Jahr 2023 betragen sie insgesamt 133.458 Euro und im Jahr 2024 insgesamt 123.399 Euro.

Tabelle 3.1 Krankengeld nach § 44b SGB V

Zeitraum	Fälle (Quartalsaufteilung geschätzt)	Ausgaben in €	€ pro Fall
4. Q 2022	8	379	47,41
1. Q 2023	77	49.769	
2. Q 2023	21	13.434	
3. Q 2023	58	37.598	
4. Q 2023	51	32.657	
Summe 2023	207	133.458	644,73
1. Q 2024	51	52.902	
2. Q 2024	48	49.146	
3. Q 2024	51	52.590	
4. Q 2024	-30	-31.239	
Summe 2024	120	123.399	1.028,32
1. Q 2025	33	34.054	
2. Q 2025	35	35.838	
Summe 2025*	68	69.892	1.028,32

Quelle: GKV-Statistik der Leistungsfälle (KG2, jährlich) und der Ausgaben (KJ1, quartalsweise); rote Ziffern sind geschätzt; Berechnung des ISG.

* Vorläufige Jahressumme.

Die Quartalsdaten sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. So dürften die vergleichsweise hohen Ausgaben des 1. Quartals 2023 teilweise dem 4. Quartal 2022 und teilweise dem 2. Quartal 2023 zuzuordnen sein. Die in der GKV-Statistik ausgewiesenen Ausgaben des 1. bis 2. Quartals 2023 waren höher als die ausgewiesenen Ausgaben des 1. bis 3. Quartals, demnach wurden sie nachträglich korrigiert, was hier durch Mittelwertbildung nachvollzogen wurde. Auch im 4. Quartal 2024 hat eine Korrektur der Statistik stattgefunden, weshalb in der Tabelle negative Ausgaben ausgewiesen werden. Einen möglichen Erklärungsansatz liefert die Einführung des Kinderkrankengelds gemäß § 45 Abs. 1a SGB V. Eltern, die ihr (erwachsenes) Kind mit Behinderung ins Krankenhaus begleiten, können dieses seit dem 1. Januar 2024 anstelle des Krankengeldes gemäß § 44b SGB V in Anspruch nehmen. Es kann daher vermutet werden, dass die Ausgaben in einigen Fällen nachträglich der neuen Leistung nach § 45 Abs. 1a SGB V zugeordnet wurden.

Aus den Angaben zu den Leistungsfällen und zu den Ausgaben im Gesamtjahr lässt sich berechnen, dass im Jahr 2023 durchschnittlich rd. 645 Euro pro Fall ausgegeben wurden. Im Jahr 2024 waren die durchschnittlichen Fallkosten mit 1.028 Euro deutlich höher. Anhand der durchschnittlichen Fallkosten und der Leistungsausgaben lässt sich auch die Fallzahl quartalsweise schätzen (rot markiert). Unter der Annahme gleichbleibender Fallkosten kann auf Basis dieser Berechnung geschätzt werden, dass es im ersten Halbjahr 2025 bislang rund 70 Fälle von Krankenhausbegleitungen gab.

3.2 Ergebnisse der quantitativen Befragungen

3.2.1 Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe

Von den 132 Eingliederungshilfeträgern, die an der Befragung zwischen April und August 2024 teilgenommen haben, gaben 42 an, dass es bei ihnen bereits Fälle von Krankenhausbegleitungen nach § 113 Abs. 6 SGB IX gegeben hat (33 %; 27 % der örtlichen und 85 % der überörtlichen Träger), während 85 Träger (67 %) noch keinen solchen Fall hatten. Insgesamt beläuft sich die Zahl der bewilligten Fälle seit November 2022 jedoch nur auf 276. Bei den örtlichen Trägern liegt die durchschnittliche Fallzahl bei 1,5. Bei den überörtlichen Trägern gab es durchschnittlich 8,2 Fälle von Krankenhausbegleitungen. Bei den meisten Eingliederungshilfeträgern gab es bisher keine oder nur vereinzelte Fälle. Lediglich acht Träger gaben an, bereits 10 oder mehr Fälle gehabt zu haben.

Im Jahr 2023 meldeten die 127 befragten Träger der Eingliederungshilfe insgesamt 115 Fälle von Krankenhausbegleitungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX. Zum Stichtag 31.12.2023 betreuten diese Träger rund 650.800 Leistungsberechtigte. Daraus ergibt sich eine Quote von etwa 1,8 Krankenhausbegleitungen pro 10.000 Leistungsberechtigten. Hochgerechnet auf die Gesamtzahl aller Leistungsberechtigten in Deutschland³⁶ lässt sich auf dieser Grundlage für das Jahr 2023 eine bundesweite Fallzahl von rund 180 Krankenhausbegleitungen schätzen.

Tabelle 3.2 Anzahl bewilligte Fälle von Krankenhausbegleitungen nach Trägerschaft

	Örtliche Träger		Überörtliche Träger		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
0 Fälle	83	73 %	2	15 %	85	67 %
1 Fall	14	12 %	2	15 %	16	13 %
2 bis unter 10 Fälle	13	11 %	5	38 %	18	14 %
10 Fälle und mehr	4	4 %	4	31 %	8	6 %
Insgesamt	114		13		127	

Quelle: ISG-Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe 2024, n=127. Eigene Darstellung.

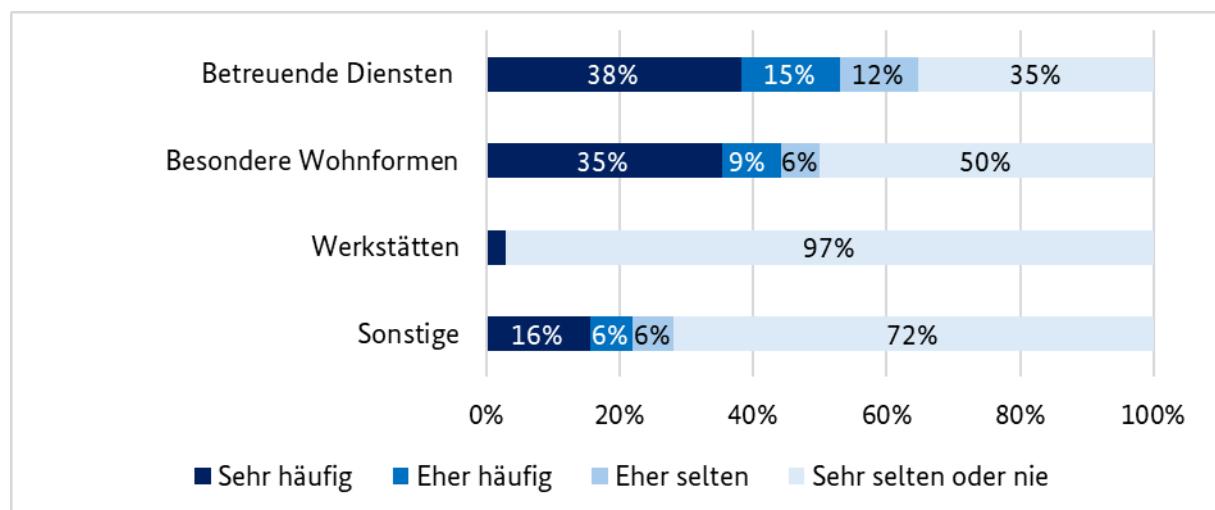
31 Träger der Eingliederungshilfe haben Angaben zu den Kosten gemacht, die für die Erbringung der Leistungen nach § 113 Abs. 6 SGB IX angefallen sind. Teilt man die Gesamtkosten durch die angegebenen Fallzahlen, so ergeben sich durchschnittliche Fallkosten in Höhe von 2.260,53 €. Damit sind die durchschnittlichen Fallkosten für Begleitungen nach § 113 Abs. 6 SGB IX etwa doppelt so hoch wie die Fallkosten für Leistungen nach § 44b SGB V. Die Höhe der Fallkosten kann dabei stark variieren und reicht nach Angaben der Träger von 108 € bis zu 29.646 €.

³⁶ 1.017.190 Personen (Statistisches Bundesamt 2025 - Statistik der Empf. v. Eingliederungshilfe (SGB IX), Stand 31.12.2023).

Im Jahr 2023 lagen die durchschnittlichen Fallkosten der befragten Träger bei 2.235 €. Multipliziert man dies mit der geschätzten Zahl von 180 Fällen im selben Jahr, ergeben sich für die Eingliederungshilfe Gesamtkosten von rd. 401.700 €.³⁷ Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Begleitungen nach § 45 Abs. 1a SGB V beliefen sich im Jahr 2023 auf rd. 133.500 € (siehe Tabelle 3.1). Im Leistungssystem des SGB IX entstehen somit höhere Kosten als im Leistungssystem des SGB V.

Am häufigsten handelt es sich bei der Betreuungsperson um eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter eines Betreuenden Dienstes oder einer besonderen Wohnform. Jeweils etwa die Hälfte der Träger, die hierzu Angaben gemacht haben, berichtet, dass dies sehr häufig oder eher häufig der Fall ist. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) übernehmen nur sehr selten die Begleitung bei Krankenhausaufenthalten. Lediglich ein Träger gab an, dass dies vorkomme. Unter „Sonstiges“ wurden insbesondere Assistenzdienstleister, der Familienentlastende Dienst sowie Schulbegleiter*innen genannt.

Abbildung 3.1 Institutioneller Hintergrund der Begleitpersonen

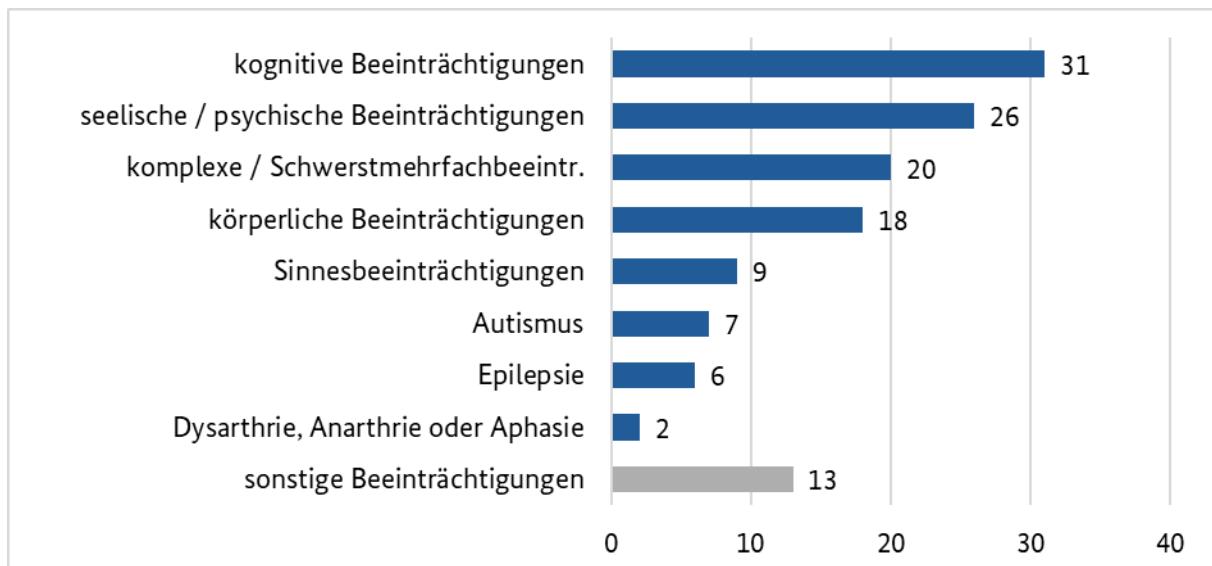


Quelle: ISG-Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe 2024, n =48. Eigene Darstellung.

Zu den Beeinträchtigungsformen der Patient*innen, die bei einer Krankenhausbehandlung begleitet wurden, machten 54 Träger Angaben. Am häufigsten wurden kognitive (n=31) und psychische/seelische Beeinträchtigungen (n=26) genannt. Etwas seltener nannten die Träger der Eingliederungshilfe komplexe bzw. schwere Mehrfachbehinderungen (n=20) und körperliche Beeinträchtigungen (n=18). Sinnesbeeinträchtigungen, Autismus-Spektrum-Störungen sowie Epilepsie wurden von sechs bis neun Trägern genannt.

³⁷ Da nur das Jahr 2023 vollständig im Erhebungszeitraum liegt, sind nur für dieses Jahr zuverlässige Schätzungen möglich.

Abbildung 3.2 Arten der Beeinträchtigungen von Patient*innen, die bei einer Krankenhausbehandlung begleitet wurden



Quelle: ISG-Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe 2024, n =54. Eigene Darstellung.

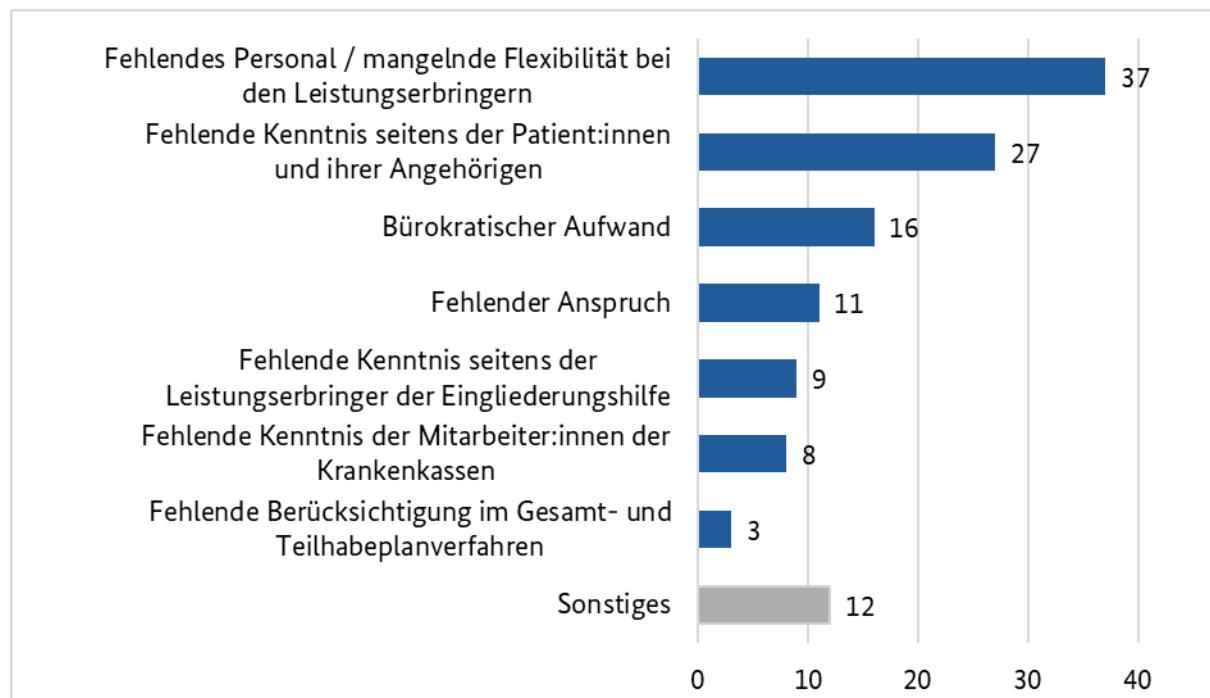
Die Leistungen zur Begleitung im Krankenhaus werden überwiegend als Sachleistung erbracht. Fast alle Träger geben an, dass dies bei allen Fällen in ihrem Zuständigkeitsbereich der Fall ist. Nur zwei Träger geben an, dass die Leistungen bei einem Teil ihrer Fälle (33 % bzw. 50 %) im Rahmen des Persönlichen Budgets erbracht wurden.

Die Träger der Eingliederungshilfe wurden auch gefragt, was ihrer Meinung nach Gründe dafür sind, dass die Möglichkeit einer Krankenhausbegleitung nach § 113 Abs. 6 SGB IX nicht in Anspruch genommen wird. Hierzu machten 54 Träger Angaben. Mit Abstand am häufigsten wurde die Personalausstattung bzw. die Arbeitsorganisation bei den Leistungserbringern als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme genannt (n=37). Dieses Argument wurde auch an verschiedenen anderen Stellen vorgebracht. Demnach ist es den Leistungserbringern häufig nicht möglich, Personal für die Krankenhausbegleitung zur Verfügung zu stellen, da für die Zeit der Behandlung eine Vertretung zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebs gefunden werden muss. Eine Person schreibt dazu am Ende des Fragebogens:

„Die Umsetzbarkeit dieser Leistung schränkt sich erheblich durch die aktuelle Situation des Personalmangels ein. Eine Begleitung ins Krankenhaus bedeutet eine 1 zu 1 - Begleitung, die häufig eine Lücke in den Betreuungsalltag reißt. Wenn dadurch eine Betreuung der anderen Personen (z.B. im Wohnheim, Heilpädagogische Tagesstätte etc.) nicht mehr sichergestellt werden kann, wird diese notwendige Begleitung nicht erfolgen können.“ (ISG-Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe 2024)

Häufig wird auch angemerkt, dass es insbesondere auf Seiten der Patient*innen und deren Angehörigen keine Kenntnis über die Möglichkeit der Krankenhausbegleitung gibt (n=27). Fehlende Kenntnisse auf Seiten der Leistungserbringer oder der Krankenkassen spielen dagegen eine eher untergeordnete Rolle (n=9 bzw. 8). Demgegenüber wird der bürokratische Aufwand von 16 befragten Einrichtungen als weitere Barriere gesehen.

Abbildung 3.3 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Krankenhausbegleitung



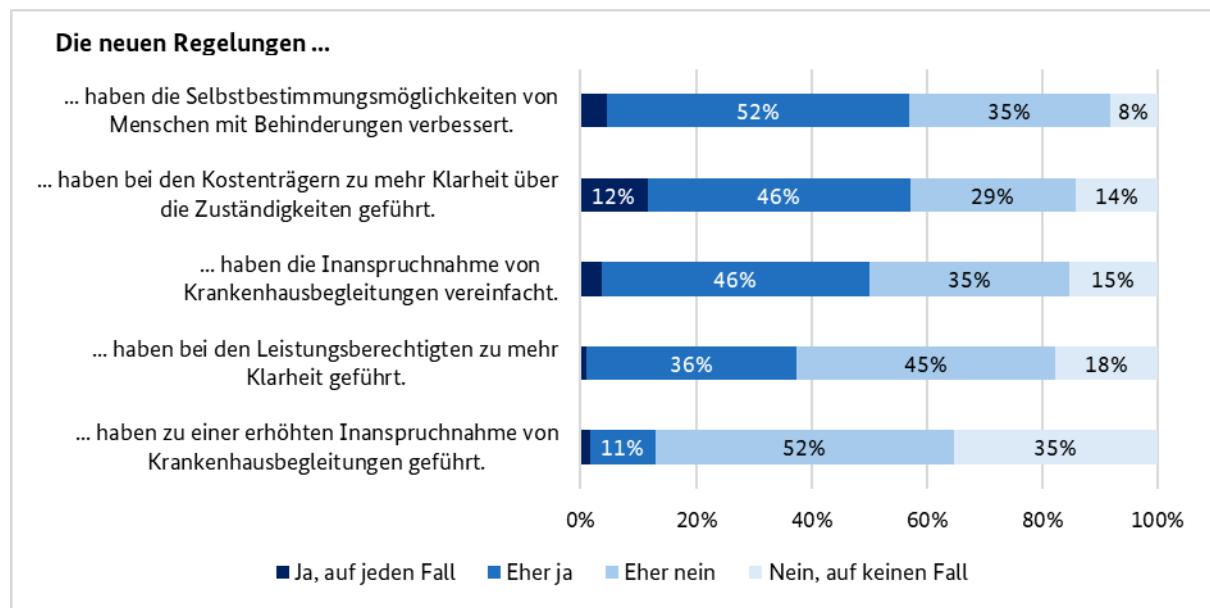
Quelle: ISG-Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe 2024, n =54. Eigene Darstellung.

Wenn Menschen mit Behinderungen eine Begleitung bei der Krankenhausbehandlung benötigen, soll dies möglichst bereits im Gesamtplan festgehalten werden. Die Träger wurden daher gefragt, inwieweit seit Inkrafttreten der neuen Regelungen Aktualisierungen des Bedarfsermittlungsinstruments und des Gesamtplans angeregt wurden, um einen potenziellen Begleitungsbedarf bei einer Krankenhausbehandlung aufzunehmen. Von den 131 Trägern, die hierzu Angaben gemacht haben, gaben 40 % an, dass eine Aktualisierung des Bedarfsermittlungsinstruments stattgefunden hat. Mehr als die Hälfte der Träger (53 %) gab an, dass Aktualisierungen der Gesamtplanung angeregt wurden.

In den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern sind die neuen Regelungen zur Krankenhausbegleitung hingegen noch nicht umfassend integriert. 62 % der befragten Träger geben an, dass die Regelungen noch nicht in die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen aufgenommen wurden. Bei 20 % der Träger ist die Integration vereinzelt erfolgt, und bei 10 % der Träger werden die neuen Regelungen in alle neu abgeschlossenen Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen integriert. Lediglich bei 12 % der teilnehmenden Eingliederungshilfeträger sind sie bereits in einem Großteil der Vereinbarungen enthalten.

Abschließend wurden die Träger der Eingliederungshilfe um eine Einschätzung der Auswirkungen der Neuregelungen auf die Begleitung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus gebeten. Jeweils etwa die Hälfte der befragten Träger gibt an, dass die Neuregelungen die Selbstbestimmungsmöglichkeiten verbessert, zu mehr Klarheit bei den Kostenträgern geführt und die Inanspruchnahme der Krankenhausbegleitung erleichtert haben. Allerdings geben nur wenige Befragte an, dass dies „voll und ganz“ zutrifft. Signifikante Veränderungen werden also eher nicht wahrgenommen. Dass die neuen Regelungen zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Krankenhausbegleitungen geführt haben, wird nur von wenigen Trägern (13 %) wahrgenommen.

Abbildung 3.4 Einschätzung der Wirkung der neuen Regelungen



Quelle: ISG-Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe 2024, n =107. Eigene Darstellung.

3.2.2 Befragung von Krankenhäusern

Etwa die Hälfte der 44 Krankenhäuser, die an der Befragung teilgenommen haben, gab an, dass es bei ihnen bereits Fälle gegeben hat, in denen Menschen mit Behinderungen während einer Behandlung begleitet wurden. Die Gesamtzahl der Fälle in diesen Krankenhäusern seit Einführung der neuen Regelungen im November 2022 beläuft sich auf 4.149. Diese hohe Fallzahl ist allerdings maßgeblich auf die Angaben von zwei Krankenhäusern zurückzuführen, die zusammen 3.780 Fälle von Krankenhausbegleitungen gemeldet haben. Die übrigen Krankenhäuser meldeten zwischen 4 und 79 Fälle.

Bei den beiden Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen handelt es sich um Kinderkrankenhäuser. Insgesamt zeigt sich daher, dass es sich bei 3.898 (bzw. 94 %) der 4.149 begleiteten Patient*innen um Kinder im Alter von unter 18 Jahren handelt. Nur in 295 Fällen (bzw. 7 %) handelt es sich um Patient*innen im Erwachsenenalter.³⁸ Kinder werden in der überwiegenden Zahl der Fälle von einem Elternteil oder einer anderen nahestehenden Person begleitet. Für die Begleitung von Kindern durch ihre Eltern gibt es verschiedene Möglichkeiten, einen Verdienstausfall auszugleichen. So können Eltern neben dem Krankengeld nach § 44b SGB V auch Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V erhalten.³⁹ Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Eltern, die ihr Kind mit Behinderung im Krankenhaus begleiten, Kinderkrankengeld bezieht und somit von den Neuregelungen nicht betroffen ist.⁴⁰

Entsprechend der Altersstruktur der begleiteten Patient*innen ist es nicht verwunderlich, dass die Begleitpersonen laut Angaben der Krankenhäuser überwiegend aus dem persönlichen Umfeld stammen (3.898 bzw. 94 % der 4.149 Fälle). Ansonsten haben die Krankenhäuser oftmals keine

³⁸ Bei 68 Fällen (bzw. 2 %) wurde keine Angabe zum Alter gemacht.

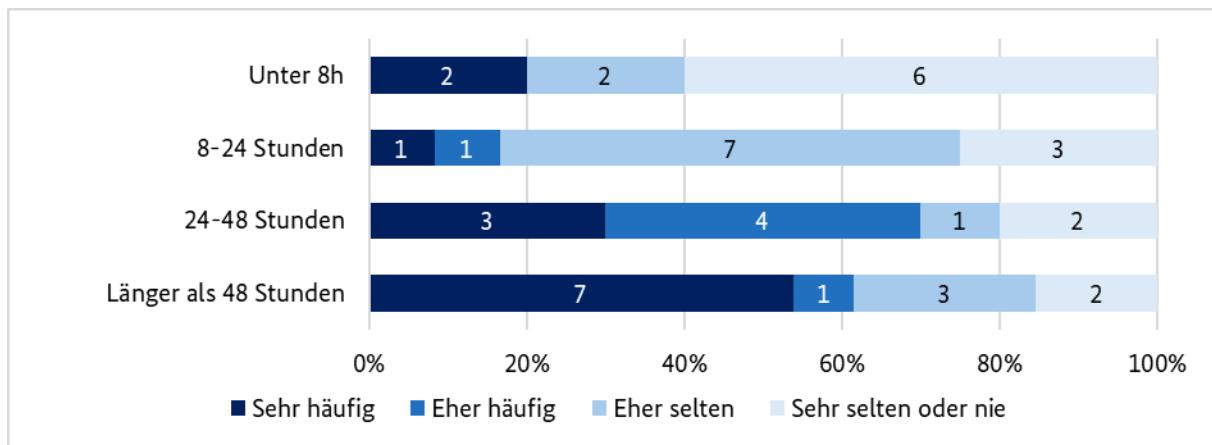
³⁹ Dabei wird noch einmal unterschieden zwischen dem Kinderkrankengeld gemäß § 45 Abs. 1 SGB V und dem Kinderkrankengeld gemäß § 45 Abs. 1a SGB V, welches seit Januar 2024 existiert. Letzteres beträgt 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts und wird für die gesamte Dauer der Mitaufnahme gewährt. Anders als das herkömmliche Kinderkrankengeld ist es allerdings nicht auf eine bestimmte Anzahl von Kalendertagen im Jahr begrenzt.

⁴⁰ Siehe dazu auch Kapitel 4.1.

Informationen darüber, wer die Begleitpersonen sind. Bei 245 Begleitungsfällen gibt es keine Angabe zur Art der Begleitperson. In zwei Fällen handelte es sich um Mitarbeitende eines Leistungserbringers und in vier Fällen um Assistenzkräfte. Bei rund einem Drittel dieser Angaben handelt es sich um Schätzungen.

In den Pretests wurde angemerkt, dass die Dauer der einzelnen Begleitungen nicht mit vertretbarem Aufwand ermittelt werden könne. Daher wurde auf diese Frage verzichtet, und entsprechend ist eine Aufschlüsselung der Fallzahlen nach zeitlichem Umfang der Behandlung nicht möglich. Stattdessen wurden die Krankenhäuser um eine Einschätzung gebeten, wie lange die Begleitungen in der Regel dauern. Die Antworten zeigen, dass die Behandlungen überwiegend länger als 24 Stunden dauern. Sieben Krankenhäuser gaben an, dass die Behandlungen sehr häufig auch länger als 48 Stunden dauern.

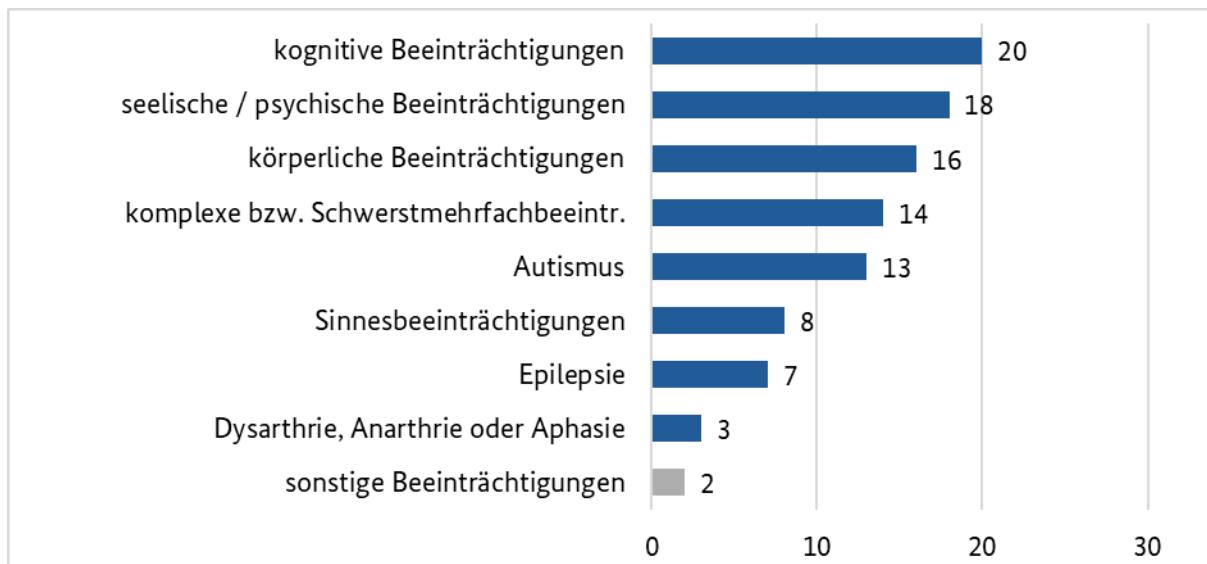
Abbildung 3.5 Zeitlicher Umfang der Begleitungen



Quelle: ISG-Befragung von Krankenhäusern 2024, n=13. Eigene Darstellung.

Auch die Krankenhäuser wurden nach den Arten der Beeinträchtigungen der Patient*innen gefragt, die bei einer Behandlung begleitet wurden. Die Ergebnisse zeigen ein ähnliches Bild wie zuvor die Antworten der Eingliederungshilfeträger. Am häufigsten wurden kognitive Beeinträchtigungen (n=20) und psychische/seelische Beeinträchtigungen (n=18) genannt. Etwas seltener nannten die Krankenhäuser körperliche Beeinträchtigungen (n=16), komplexe bzw. Schwerstmehrfachbeeinträchtigungen (n=14) sowie Autismus-Spektrum Störungen (n=13).

Abbildung 3.6 Arten der Beeinträchtigungen von Patient*innen, die bei einer Krankenhausbehandlung begleitet wurden



Quelle: ISG-Befragung von Krankenhäusern 2024, n=22. Eigene Darstellung.

Die Aufgaben der Begleitpersonen werden von Seiten der befragten Krankenhäuser insbesondere in der psychischen Stabilisierung der Patient*innen (n=31) sowie in der Kommunikation zwischen Patient*innen und Krankenhauspersonal gesehen. Insbesondere tragen die Begleitpersonen dazu bei, das Personal aufzuklären (n=30), Verhaltens- und Reaktionsweisen zu interpretieren (n=26) und die Wünsche der Patient*innen zu formulieren (n=23). Umgekehrt informieren sie die Patient*innen über die vorgesehene Behandlung sowie die Abläufe im Krankenhaus (jeweils n=21). Bemerkenswert ist, dass 22 Krankenhäuser angeben, dass die Begleitpersonen pflegerische Maßnahmen übernehmen. Dies ist eigentlich nicht vorgesehen und steht in Spannung zum Versorgungsauftrag der Krankenhäuser.⁴¹

⁴¹ Siehe dazu aus rechtswissenschaftlicher Sicht Abschnitt 6.3.

Abbildung 3.7 Aufgaben von Begleitpersonen

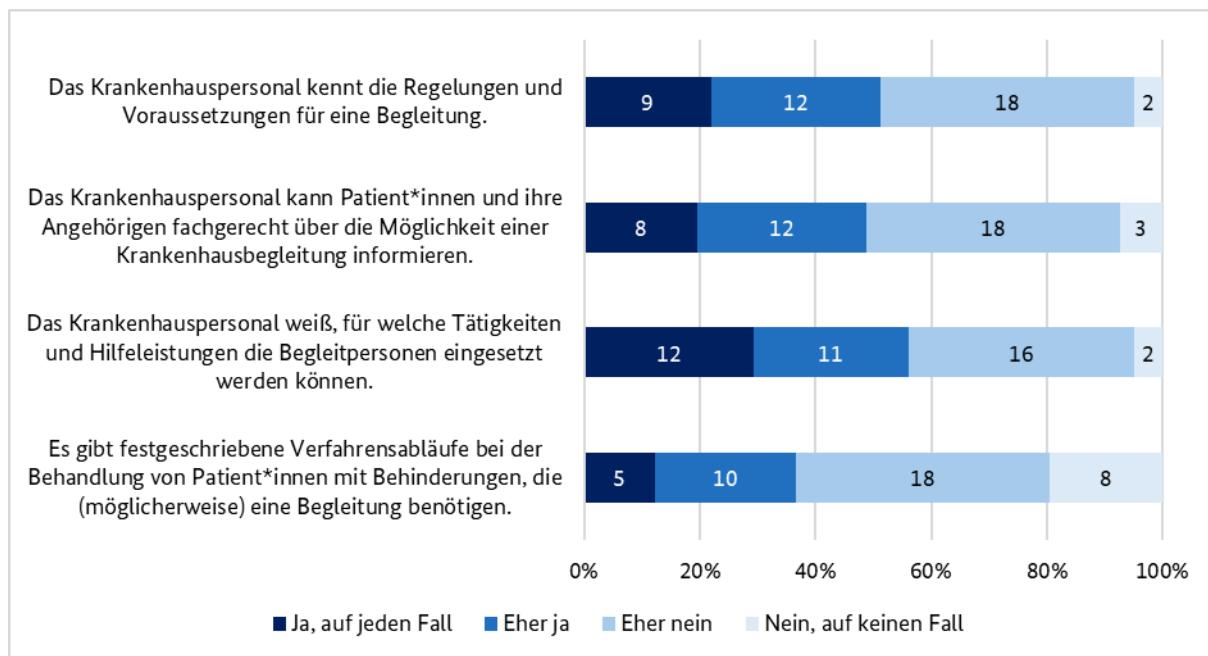


Quelle: ISG-Befragung von Krankenhäusern 2024, n=31. Eigene Darstellung.

Nur wenige Krankenhäuser können genau bestimmen oder einschätzen, in welchem Umfang es sich bei den Krankenhausbegleitungen um geplante Behandlungen oder um Notfallaufnahmen handelt. Im Durchschnitt gehen die neun Krankenhäuser, die hierzu Angaben gemacht haben, davon aus, dass es sich bei ca. 70 % der Behandlungen um geplante Aufnahmen und bei 30 % um Notaufnahmen handelt. Für Menschen, die auf eine Begleitung angewiesen sind, stellen Notfallsituationen eine besondere Herausforderung dar, da kurzfristig eine Begleitperson gefunden werden muss. Dies ist insbesondere dann schwierig, wenn es sich bei der Begleitperson um eine*n Mitarbeiter*in eines Leistungserbringers handelt.

Gerade im Kontext von Notfallaufnahmen ist es auch von zentraler Bedeutung, dass das Krankenhauspersonal über einen ausreichenden Kenntnisstand zum Thema Krankenhausbegleitung verfügt. Jedoch gibt nur rund die Hälfte der befragten Krankenhäuser an, dass ihr Personal die Regelungen und Voraussetzungen für eine Begleitung kennt und Patient*innen sowie ihre Angehörigen fachgerecht darüber informieren kann. In nur 15 von 41 Krankenhäusern gibt es festgeschriebene Verfahrensabläufe bei der Behandlung von Patient*innen mit Behinderungen, die (möglicherweise) eine Begleitung benötigen.

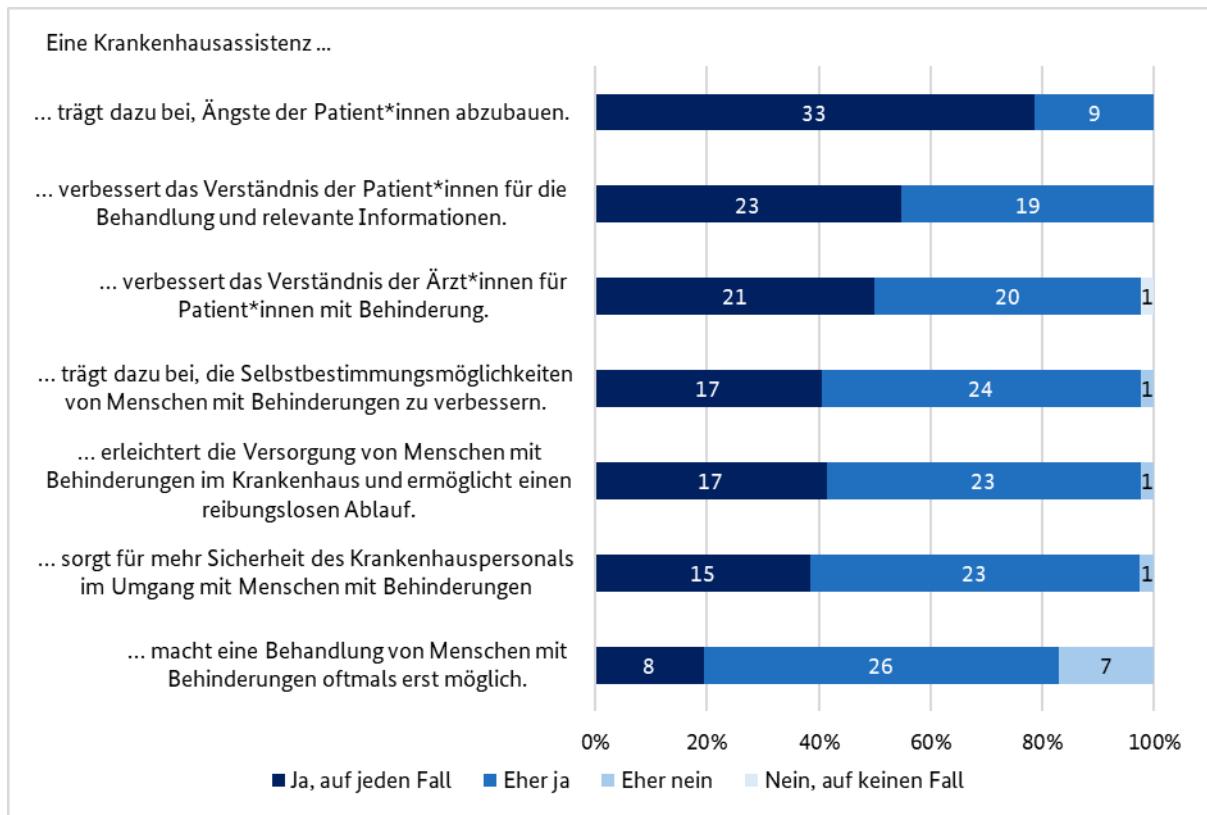
Abbildung 3.8 Kenntnisstand des Krankenhauspersonals



Quelle: ISG-Befragung von Krankenhäusern 2024, n=41. Eigene Darstellung.

Der Nutzen von Begleitpersonen für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen wird von den Krankenhäusern als hoch eingeschätzt. Die Mehrheit der Befragten erachtet eine Krankenhausbegleitung als hilfreich, wobei der Grad der Zustimmung je nach Aussage variiert. Insbesondere sind die Befragten der Meinung, dass die Begleitung dazu beiträgt, Ängste abzubauen. Aber auch das gegenseitige Verständnis von Patient*innen und Ärzt*innen werde gefördert. Etwas geringer, aber immer noch hoch ist die Zustimmung zu den Aussagen, dass eine Krankenhausbegleitung einen reibungslosen Ablauf der Behandlung ermöglicht und beim Krankenhauspersonal für mehr Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Behinderungen sorgt. Dass die Behandlung von Menschen mit Behinderungen oft erst durch die Anwesenheit einer Begleitperson ermöglicht wird, wird von den Befragten in unterschiedlichem Ausmaß als zutreffend erachtet.

Abbildung 3.9 Nutzen einer Begleitung im Krankenhaus

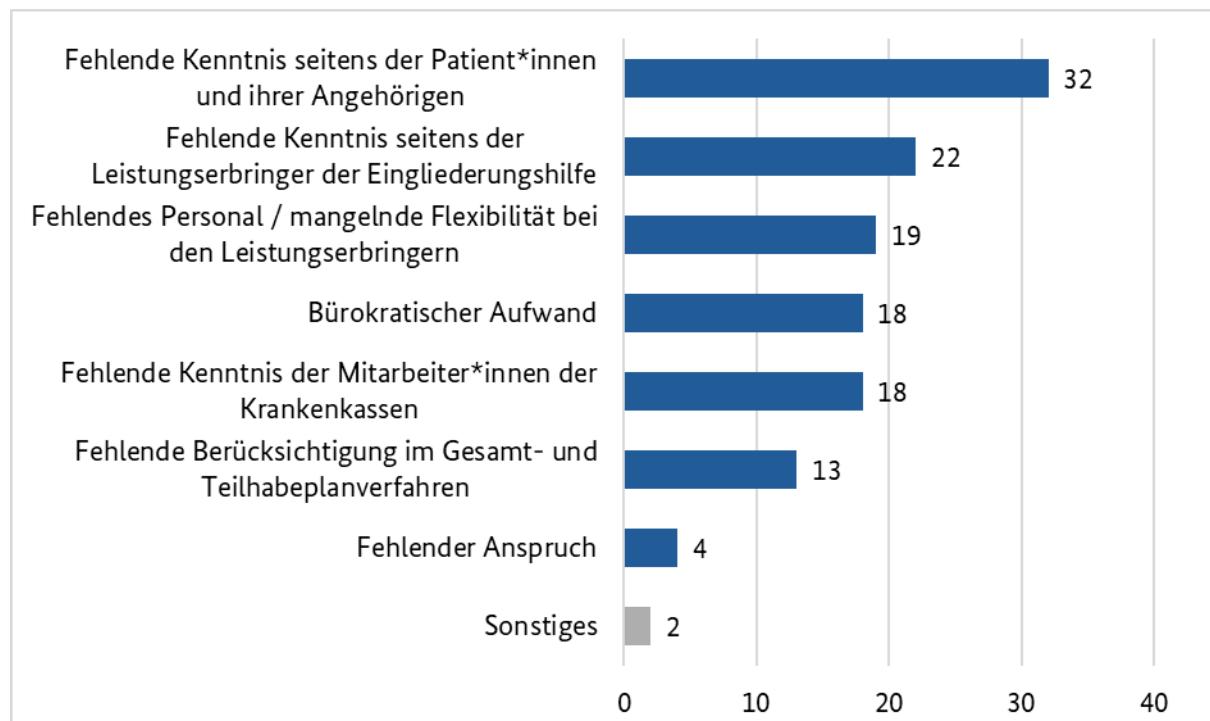


Quelle: ISG-Befragung von Krankenhäusern 2024, n=42. Eigene Darstellung.

Interessant ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass es in einem Viertel der Krankenhäuser bereits vorgekommen ist, dass die Behandlung von Patient*innen mit Behinderungen nicht möglich war. 18 von 43 Krankenhäusern gaben zudem an, dass es bereits Fälle gegeben hat, in denen eine Behandlung nur durch die Anwesenheit einer Begleitperson möglich war.

Auf die Frage nach den Gründen, warum dennoch einige Menschen keine Krankenhausbegleitung in Anspruch nehmen, obwohl es für sie sinnvoll wäre, wurde von den Krankenhäusern am häufigsten mangelndes Wissen genannt. Dies betrifft sowohl die Patient*innen und ihre Angehörigen (n=32) als auch die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (n=22) sowie die Mitarbeitenden der Krankenkassen (n=18). Als weitere Barrieren für die Inanspruchnahme werden der Personalmangel bei den Leistungserbringern (n=19) und der bürokratische Aufwand (n=18) gesehen.

Abbildung 3.10 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Krankenhausbegleitung



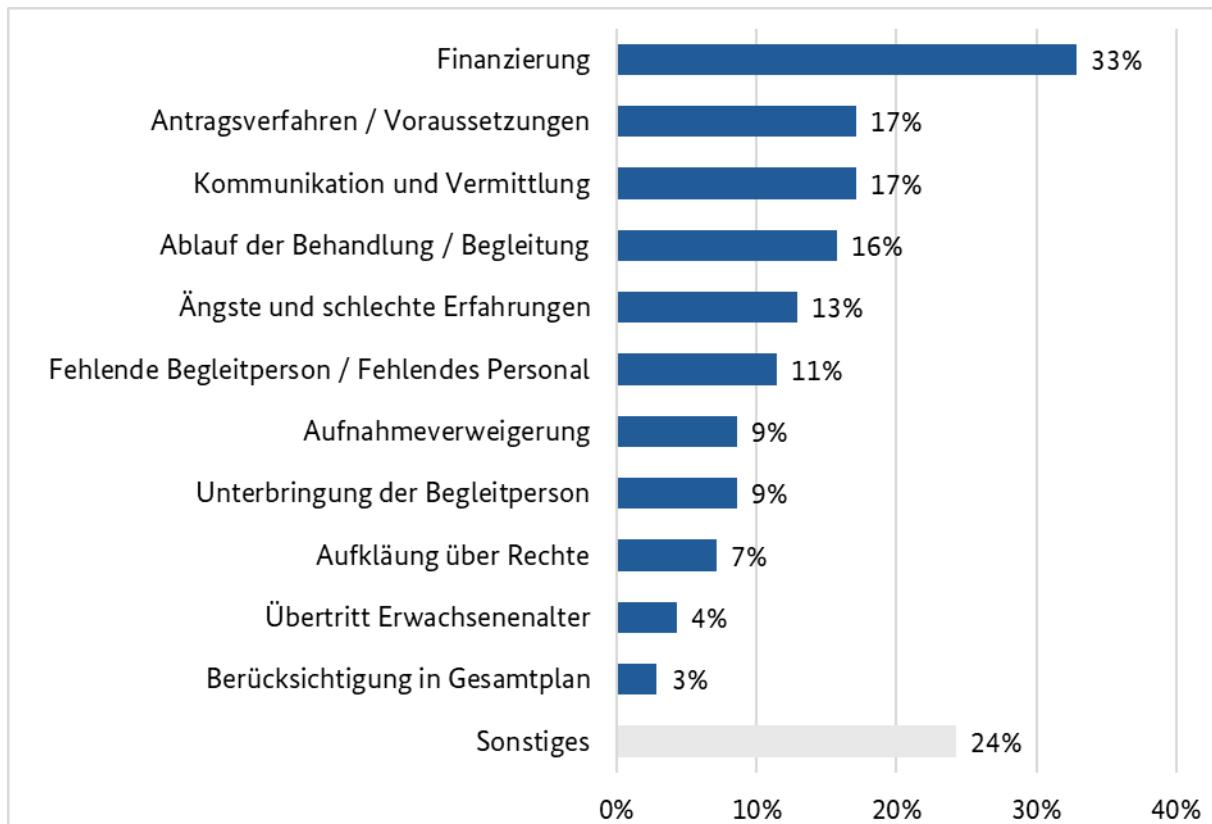
Quelle: ISG-Befragung von Krankenhäusern 2024, n=39. Eigene Darstellung.

3.2.3 Befragung von Beratungsstellen

Von 145 Beratungsstellen, die an der Befragung teilgenommen haben, gaben 76 (55 %) an, dass sie bereits Klient*innen zu einer Begleitung im Krankenhaus beraten haben. Im Durchschnitt hatten diese ca. 10 Beratungsfälle zu diesem Thema. 18 % der Befragten nehmen wahr, dass die Zahl der Beratungsfälle seit Einführung der Neuregelungen im November 2022 zugenommen habe. Nur zwei Befragte gaben an, dass diese Zahl zurückgegangen sei. 44 % der Befragten waren der Ansicht, dass der Beratungsbedarf in etwa gleichgeblieben ist. Ein gutes Drittel konnte dies nicht beurteilen (36 %).

Die Beratungsstellen wurden auch nach den Inhalten der Beratungsgespräche gefragt. Laut einem Drittel der offenen Nennungen sind Fragen der Finanzierung ein häufiger Bestandteil der Beratungsgespräche. Zusätzlich besteht häufig Beratungsbedarf zu den Voraussetzungen für eine Begleitung und dem Antragsverfahren. Zwölf Befragte gaben an, dass sie ihre Klient*innen bei der Kommunikation mit den beteiligten Akteuren unterstützen und ggf. weitere Ansprechpersonen vermitteln. Oft drehen sich die Gespräche auch um den allgemeinen Ablauf der Behandlung bzw. der Begleitung. Laut neun Aussagen suchen Klient*innen die Beratungsstellen auf, weil sie schlechte Erfahrungen bei einem vorherigen Krankenhausaufenthalt gemacht haben und Behandlungen entsprechend mit Ängsten verbunden sind. Sechs Befragte berichten, dass in den Beratungsgesprächen besprochen wird, was unternommen werden kann, wenn das Krankenhaus eine Begleitung verweigert oder eine Behandlung anderweitig erschwert bzw. unmöglich macht. Auch ist die Unterbringung der Begleitperson ein wiederkehrendes Thema: Nicht immer ist es möglich, dass die Begleitperson im selben Zimmer wie die Patientin bzw. der Patient untergebracht werden kann. Nicht zuletzt geht es in den Beratungsgesprächen auch darum, wer überhaupt eine Begleitung leisten kann. Die Suche nach einer geeigneten, vertrauten Person gestaltet sich teilweise schwierig. Grund dafür ist auch, dass Leistungserbringer über keine entsprechenden Personalkapazitäten verfügen.

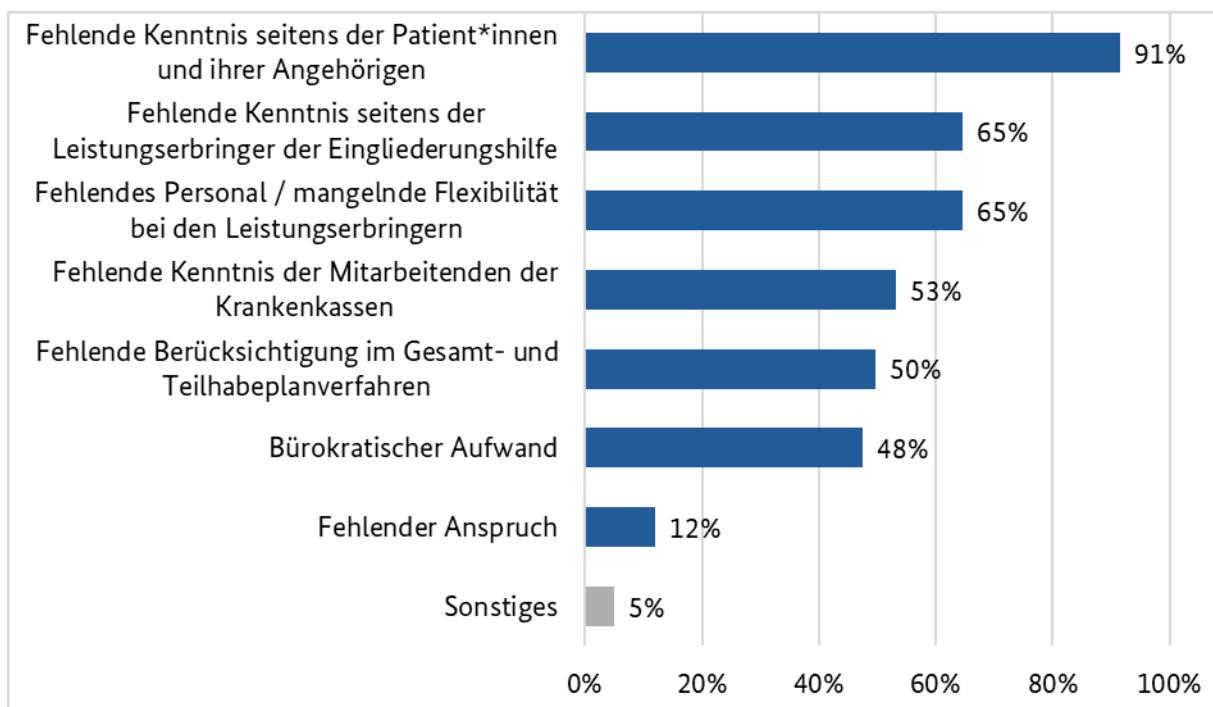
Abbildung 3.11 Inhalte der Beratungsgespräche



Quelle: ISG-Befragung von Beratungsstellen 2024, n=70. Eigene Darstellung.

Die Befragten schätzten durchschnittlich, dass bei etwa einem Drittel der Klient*innen, die sie zu dem Thema beraten haben, letztlich auch eine Begleitung stattgefunden hat. Als Hindernisse für die Inanspruchnahme einer Krankenhausbegleitung sehen die befragten Beratungsstellen insbesondere fehlende Kenntnisse – sowohl auf Seiten der Patient*innen (91 %) und ihrer Angehörigen als auch auf Seiten der Leistungserbringer (65 %) sowie der Krankenkassen (53 %). Zusätzlich nannten 65 % der Befragten auch den Personalmangel als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme. Daneben stellen nach Ansicht von rund der Hälfte der Befragten auch die fehlende Berücksichtigung im Gesamt- und Teilhabeplan sowie der bürokratische Aufwand Hürden dar.

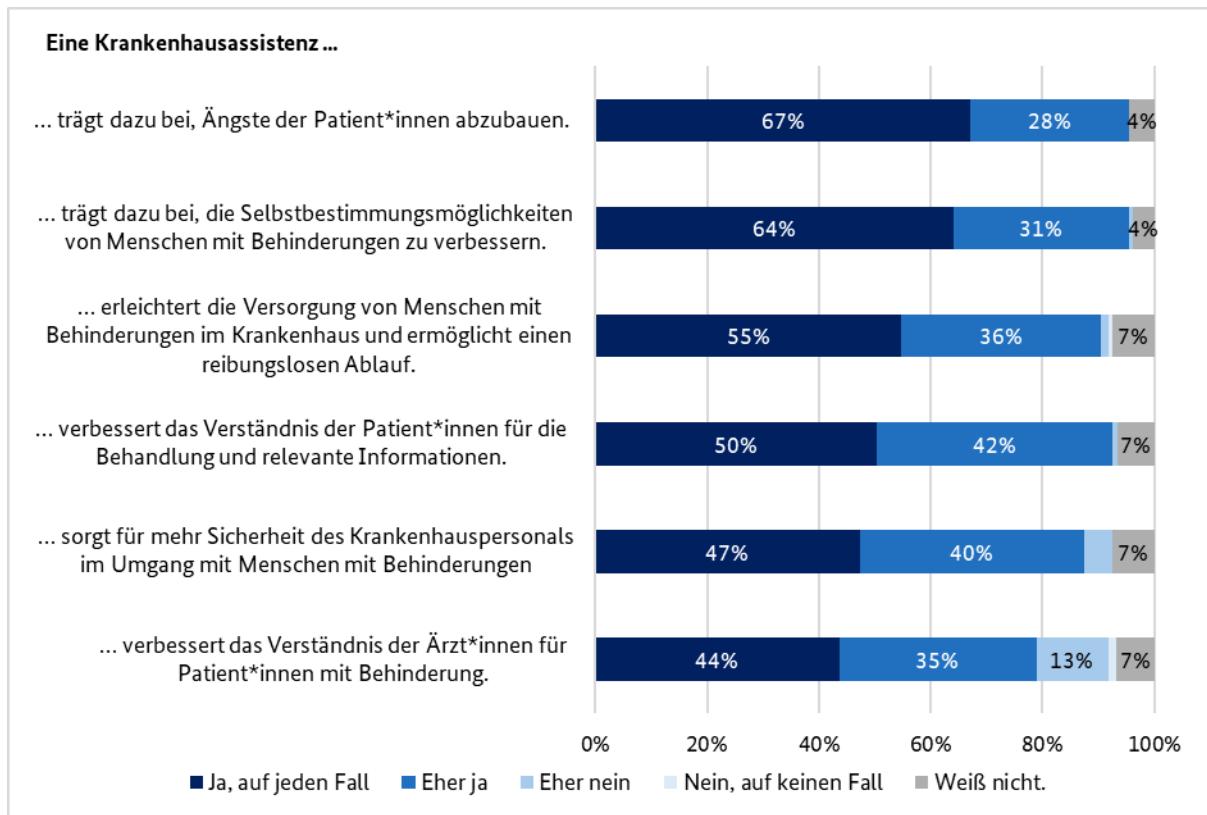
Abbildung 3.12 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme



Quelle: ISG-Befragung von Beratungsstellen 2024, n=141. Eigene Darstellung.

Der Nutzen einer Krankenhausbegleitung wird von den befragten Beratungsstellen als hoch eingeschätzt. Insbesondere stimmen viele Befragten voll und ganz zu, dass eine Begleitung dazu beiträgt, Ängste abzubauen (67 %) und die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der begleiteten Patient*innen zu verbessern. Auch erleichtere eine Krankenhausbegleitung die Versorgung und ermögliche einen reibungslosen Ablauf (55 % bzw. 50 % mit Antwort „ja, auf jeden Fall“). Etwas weniger Zustimmung erhielten die Aussagen, dass eine Begleitperson beim Krankenhauspersonal für mehr Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Behinderungen sorgt und das Verständnis der Ärzt*innen verbessert (47 % bzw. 44 % „ja, auf jeden Fall“).

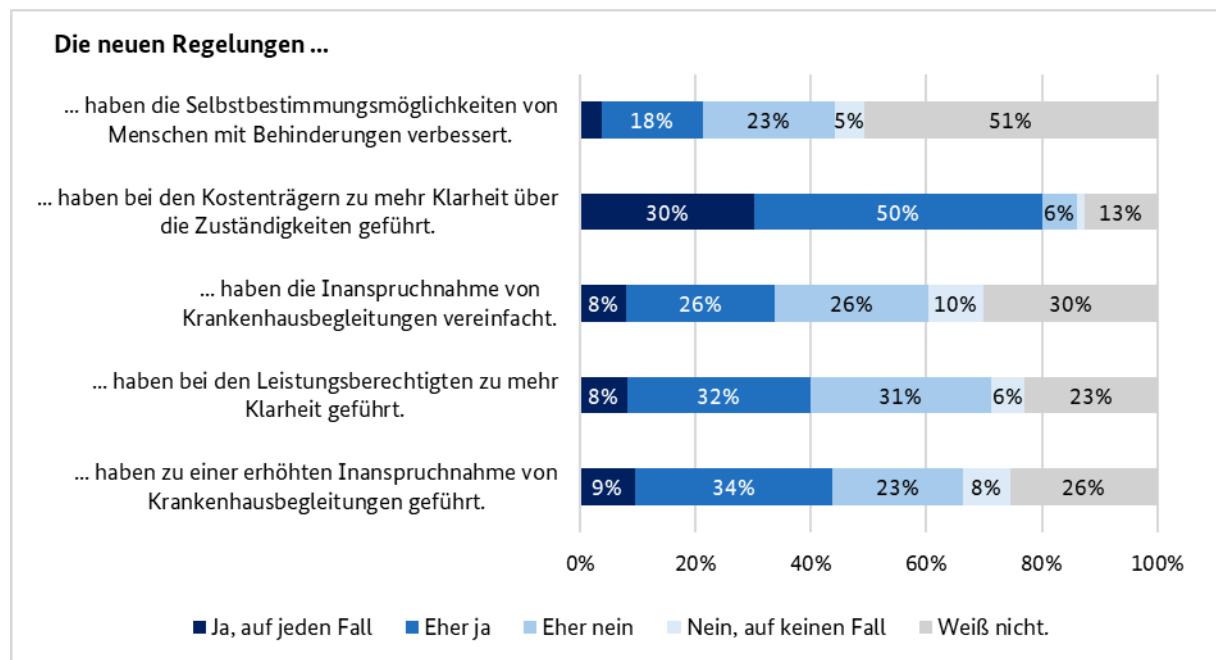
Abbildung 3.13 Nutzen einer Begleitung im Krankenhaus



Quelle: ISG-Befragung von Beratungsstellen 2024, n=135. Eigene Darstellung.

Die Bewertung der Neuregelungen zur Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus ist weniger eindeutig. Zwar gehen viele Beratungsstellen davon aus, dass die neuen Regelungen zu mehr Klarheit bei den Kostenträgern geführt haben (30 % „ja, auf jeden Fall“), doch nur wenige stimmen der Aussage zu, dass dadurch die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen verbessert wurden (4 % „ja, auf jeden Fall“). Auch nur ein kleiner Teil der Befragten ist der Ansicht, dass die Neuregelungen die Inanspruchnahme einer Krankenhausbegleitung vereinfacht und zu einer höheren Nutzung geführt haben (8 % bzw. 9 % „ja, auf jeden Fall“)

Abbildung 3.14 Einschätzung der Wirkung der neuen Regelungen



Quelle: ISG-Befragung von Beratungsstellen 2024, n=136. Eigene Darstellung.

3.3 Ergebnisse der rechtswissenschaftlichen Analyse

3.3.1 Rechtsprechungsanalyse

Die Datenbankrecherche in Beck-Online und juris hat ergeben, dass es bisher wie erwartet kaum Rechtsprechung zu § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX gibt. Es wurde lediglich eine Entscheidung des SG Augsburg vom 09.02.2023⁴² gefunden, in der die Übernahme der Kosten für eine 24-Stunden-Assistenz während eines Krankenhausaufenthalts im Streit stand und in der ein potentieller Anspruch gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX verneint wurde. Der zu Grunde liegende Fall trug sich Anfang 2021 zu, und somit zu einem Zeitpunkt, als die Regelung in § 113 Abs. 6 SGB IX noch nicht in Kraft war.

Der Kläger erhielt ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe, der Hilfe zur Pflege, Pflegegeld sowie Behandlungssicherungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V in Form eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets und wurde während seines zehntägigen Krankenaufenthalts von vertrauten Mitarbeitenden seines ambulanten Dienstes begleitet und dort betreut. Die Bezirksregierung als Träger der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege sowie die Krankenkasse lehnten die Weiterbewilligung von Leistungen während des Krankenaufenthalts des Klägers ab. Widerspruch und Klage hiergegen blieben erfolglos. Das SG hob in seiner Begründung hervor, dass während eines Krankenaufenthalts kein Anspruch auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege, der häuslichen Krankenpflege sowie auf Assistenzleistungen bestehe. Dabei bezog sich das SG hinsichtlich des Ausschlusses der Leistungen der Hilfe zur Pflege auf § 63b Abs. 3 SGB XII. Eine Rückausnahme von diesem Leistungsausschluss bestehe nur für jene Personen, die ihre Pflegeleistungen im Arbeitgebermodell organisierten, was beim Kläger nicht der Fall sei. Die Pflege im Krankenhaus gemäß § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V sei vollumfassend. Der Sozialhilfeträger könne nicht als Ausfallbürge für Pflegenotstände im Krankenhaus herangezogen werden. Soweit das BSG in seinem Urteil vom 10.12.2022 grundsätzlich die Möglichkeit gesehen habe, dass auch das Krankenhaus ein

⁴² SG Augsburg, Urt. v. 09.02.2023, S 6 SO 126/21, juris.

geeigneter Ort für die Erbringung von Leistungen zur häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V sein könne, beschränke sich dies ebenfalls nur auf das Arbeitgebermodell.⁴³

Das SG Augsburg betont, dass auch nach der neuen Rechtslage und Einführung von § 113 Abs. 6 SGB IX keine andere Entscheidung ergangen wäre. Leistungen zur Sozialen Teilhabe könnten im Krankenhaus nach Auffassung des SG Augsburg nur erbracht werden, soweit es sich um Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen handele. Diese Leistungen benötige der Kläger jedoch nicht. Dies lasse allerdings gerade nicht den Umkehrschluss zu, dass andere Assistenzleistungen nach allgemeinen Regelungen (§ 113 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 78 SGB IX) zu erbringen wären. Mit Verweis auf die Gesetzesbegründung hebt das SG hervor, dass mit § 113 Abs. 6 SGB IX nur eine eng begrenzte Ausnahme geregelt worden sei.⁴⁴

Daneben existieren einige Gerichtsentscheidungen zu § 11 Abs. 3 SGB V, § 34 Abs. 2 S. 1 SGB XI sowie § 63b Abs. 3 und 4 SGB XII (s.o.).

3.3.2 Befragung zu Widerspruchs- und Klageverfahren

Ergänzend zur Rechtsprechungsanalyse wurden Anfang 2025 die Leistungsträger, d.h. die Krankenkassen und Träger der Eingliederungshilfe, nach bisher anhängigen oder abgeschlossenen Widerspruchs- und Klageverfahren zu § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX befragt. Des Weiteren wurden die Rechtsschutzverbände VdK und SoVD auf Landesebene angeschrieben und gefragt, ob sie bereits Widerspruchs- und Klageverfahren zu § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX begleitet haben. In einem Freitextfeld wurde den Akteuren zusätzlich ermöglicht, von Schwierigkeiten zu berichten, die ihnen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Regelungen zur Krankenhausbegleitung aufgefallen sind.

An der Befragung beteiligten sich 74 Träger der Eingliederungshilfe und drei Rechtsschutzverbände. Die Krankenkassen meldeten sich nicht zurück.

Die Träger der Eingliederungshilfe gaben insgesamt 23 Widerspruchsverfahren und 14 Klageverfahren an, wobei hervorzuheben ist, dass sich die bisherigen Widerspruchsverfahren und Klagen im Wesentlichen bei den überörtlichen Trägern abgespielt haben. Zehn Widerspruchs- und sieben Klageverfahren wurden allein von einem überörtlichen Träger der Eingliederungshilfe angegeben. Insgesamt kommen diese Verfahren damit noch eher selten vor.

Im Freitextfeld gaben viele Träger der Eingliederungshilfe an, dass es bisher noch keine Fälle nach § 113 Abs. 6 SGB IX gegeben habe und es dementsprechend noch nicht zu Problemen gekommen sei. Diese Angabe deckt sich mit den Ergebnissen der quantitativen Befragungen (s.o.).

3.4 Zusammenfassung

Die Krankenversicherungsstatistik gibt Aufschluss über die Leistungsfälle und Kosten von Begleitungen nach § 44b SGB V. Demnach wurden im Jahr 2022 acht Fälle registriert, 2023 insgesamt 207 und 2024 120 Fälle. Die Leistungsausgaben beliefen sich 2023 auf 133.458 Euro und 2024 auf 123.399 Euro. Die durchschnittlichen Fallkosten lagen im Jahr 2024 bei 1.028 Euro. Auf Basis dieser

⁴³ S. BSG, Urt. v. 10.12.2022, B 3 KR 15/20 R, juris Rn.16 ff. m.Anm. Krohn-Aicher, RdLH 2023, S. 55 57; Schmidt-Graumann, PflR 2023, S. 348-353.

⁴⁴ SG Augsburg, Urt. v. 09.02.2023, S 6 SO 126/21, juris Rn. 54.

Werte wird geschätzt, dass im ersten Halbjahr 2025 etwa 70 Fälle von Krankenhausbegleitungen aufgetreten sind.

Zur Fallzahl von Begleitungen nach § 113 Abs. 6 SGB IX gibt es keine Statistiken, weswegen eine bundesweite Erhebung unter Trägern der Eingliederungshilfe durchgeführt wurde. Von den 132 befragten Trägern der Eingliederungshilfe (Erhebungszeitraum: April–August 2024) berichteten 42 (33%) von bereits bewilligten Krankenhausbegleitungen nach § 113 Abs. 6 SGB IX, während 85 Träger (67%) noch keine entsprechenden Fälle hatten. Insgesamt wurden seit November 2022 bundesweit 276 Fälle bewilligt.

Im Jahr 2023 wurden von 127 Trägern insgesamt 115 Krankenhausbegleitungen gemeldet. Bezogen auf rund 650.800 Leistungsberechtigte entspricht dies einer Quote von etwa 1,8 Fällen pro 10.000 Leistungsberechtigten. Hochgerechnet ergibt sich eine bundesweite Schätzung von rund 180 Fällen im Jahr 2023.

31 Träger machten Angaben zu den Kosten. Die durchschnittlichen Fallkosten betrugen 2.260,53 €, mit einer Spannweite von 108 € bis 29.646 €. Damit liegen die Kosten pro Fall etwa doppelt so hoch wie beim Krankengeld nach § 44b SGB V.

Etwa 40 % der 131 befragten Träger der Eingliederungshilfe gaben an, dass das Bedarfsermittlungsinstrument seit Inkrafttreten der neuen Regelungen zur Krankenhausbegleitung (§ 113 Abs. 6 SGB IX) aktualisiert wurde, um den Begleitungsbedarf bei Krankenhausaufenthalten zu berücksichtigen. In 53 % der Fälle wurden zudem Anpassungen der Gesamtplanung angeregt. Deutlich seltener sind die neuen Regelungen bislang in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen verankert: 62 % der Träger haben sie noch gar nicht aufgenommen, bei 20 % erfolgte dies nur vereinzelt. 10 % der Träger integrieren die Regelungen in alle neu abgeschlossenen Vereinbarungen, und lediglich 12 % haben sie bereits in einem Großteil ihrer Vereinbarungen umgesetzt.

Neben den Befragungen der Träger der Eingliederungshilfe fanden auch Erhebungen unter Krankenhäusern statt. An diesen beteiligten sich jedoch nur 2 % der rund 2.700 angeschriebenen Krankenhäuser. Etwa die Hälfte dieser Krankenhäuser gibt an, dass es bei ihnen bereits Fälle gegeben hat, in denen Menschen mit Behinderungen während einer Behandlung begleitet wurden. Dabei differenzieren die Krankenhäuser jedoch nicht nach der Rechtsgrundlage auf deren Basis die Begleitung stattfindet. Bei einem Großteil der zurückgemeldeten Fälle handelt es sich um Kinder, die von ihren Eltern begleitet wurden. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Eltern, die ihr Kind mit Behinderung im Krankenhaus begleiten, Kinderkrankengeld bezieht und somit von den Neuregelungen nicht betroffen ist.

Laut den Ergebnissen der Krankenhausbefragung haben die begleiteten Patient*innen am häufigsten kognitive und psychische/seelische Beeinträchtigungen. Die Aufgaben der Begleitpersonen werden von Seiten der befragten Krankenhäuser insbesondere in der psychischen Stabilisierung der Patient*innen sowie in der Kommunikation zwischen Patient*innen und Krankenhauspersonal gesehen. Die Hälfte der Krankenhäuser gibt an, dass die Begleitpersonen auch pflegerische Maßnahmen übernehmen. Die Behandlungen dauern überwiegend länger als 24 Stunden.

Der Kenntnisstand des Krankenhauspersonals zu den Regelungen variiert deutlich. Nur rund die Hälfte der befragten Krankenhäuser gibt an, dass ihr Personal die Regelungen und Voraussetzungen für eine Begleitung kennt und Patient*innen sowie ihre Angehörigen fachgerecht darüber informieren kann.

Um auch Herausforderungen und Barrieren bei der Inanspruchnahme von Krankenhausbegleitungen zu identifizieren sowie um auch Fälle in den Blick zu nehmen, in denen eine Begleitung möglicherweise nicht stattgefunden hat, wurden auch Beratungsstellen (EUTB®, ZsL und UPD) befragt. Mehr als die Hälfte der Beratungsstellen haben bereits Klient*innen zu einer Begleitung im Krankenhaus beraten, im Durchschnitt waren es ca. 10 Beratungsfälle zu diesem Thema. Bei etwa einem Drittel der Klient*innen, die sie zu diesem Thema beraten haben, hat auch eine Begleitung stattgefunden. Gegenstand der Beratung sind Fragen der Finanzierung, die Voraussetzungen für eine Begleitung und das Antragsverfahren. Manche Klient*innen suchen die Beratungsstellen auf, weil sie schlechte Erfahrungen bei einem vorherigen Krankenhausaufenthalt gemacht haben und Behandlungen entsprechend mit Ängsten verbunden sind.

Als Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme wurden vor allem mangelndes Wissen der Patient*innen und ihrer Angehörigen sowie der Mitarbeitenden der Krankenkassen genannt. Als weitere Barrieren für die Inanspruchnahme werden der Personalmangel bei den Leistungserbringern und der bürokratische Aufwand gesehen. Die Beratungsstellen nennen hierzu auch die fehlende Berücksichtigung im Gesamt- und Teilhabeplan sowie den bürokratischen Aufwand der Beantragung.

Der Nutzen der Krankenhausbegleitung wird von allen Befragten sehr hoch bewertet. Die Begleitung trägt dazu bei, Ängste der Patient*innen abzubauen und das gegenseitige Verständnis von Patient*innen und Ärzt*innen zu fördern. Die Krankenhausbegleitung ermöglicht einen reibungslosen Ablauf der Behandlung und gibt dem Krankenhauspersonal mehr Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Behinderungen. Die Neuregelungen haben die Selbstbestimmungsmöglichkeiten verbessert, zu mehr Klarheit bei den Kostenträgern geführt und die Inanspruchnahme der Krankenhausbegleitung erleichtert.

Anknüpfend an die Ergebnisse der Krankenhausstatistik und der quantitativen Befragungen von Trägern der Eingliederungshilfe und Krankenhäusern hat sich gezeigt, dass es bisher in den juristischen Datenbanken kaum Rechtsprechung zu § 113 Abs. 6 SGB IX und § 44b SGB V gibt. Eine ergänzende Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe, Krankenkassen und Rechtsschutzverbänden hat darüber hinaus ergeben, dass Widerspruchs- und Klageverfahren in der Praxis bislang selten sind.

4. Verwaltungsverfahren

4.1 Krankengeldanspruch gemäß § 44b SGB V

Gemäß § 44b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Begleitung eines Versicherten bei einer stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V mitaufgenommen werden und wenn sie die in Satz genannten Voraussetzungen erfüllen. Nr. 1 regelt zunächst die persönlichen Voraussetzungen des zu begleitenden Menschen mit Behinderung. Dieser

- a) muss die Begleitung aus medizinischen Gründen benötigen,
- b) muss die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 des Neunten Buches erfüllen, d.h. eine Behinderung haben,
- c) muss Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches, § 35a des Achten Buches oder Leistungen nach dem Sechsten Kapitel des Vierzehnten Buches *erhalten* und
- d) darf keine Leistungen nach § 113 Absatz 6 des Neunten Buches in Anspruch nehmen.

Kriterien zur Abgrenzung des Personenkreises, der die Begleitung aus medizinischen Gründen benötigt, sind gemäß § 44b Abs. 2 in der Krankenhausbegleitungsrichtlinie (KHB-RL)⁴⁵ des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmt worden. Gemäß § 2 Abs. 1 KHB-RL muss sich die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson aus den Erfordernissen ergeben, die in der Person der oder des stationär behandlungsbedürftigen Versicherten begründet sind. Diese „medizinische“ Notwendigkeit lässt sich aber nicht aus einer zugrundeliegenden medizinischen Diagnose, sondern nur aus den aufgrund der Behinderung bestehenden besonderen Bedürfnissen ableiten.⁴⁶

Die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson nach dieser Richtlinie liegt gemäß § 2 Abs. 2 S. 1 KHB-RL vor, wenn aufgrund der vorliegenden Behinderung der oder des stationär behandlungsbedürftigen Versicherten eine Begleitung während der aktuellen Krankenhausbehandlung erforderlich ist, weil

1. ohne Begleitperson die Krankenhausbehandlung nicht durchführbar ist,
2. ohne Begleitperson die Behandlungsziele nicht oder nicht im erforderlichen Ausmaß erreicht werden können oder deren Erreichung erheblich gefährdet wäre,
3. die Begleitperson in das therapeutische Konzept im Krankenhaus eingebunden werden muss oder
4. die Begleitperson in das therapeutische Konzept für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einzubeziehen ist.

⁴⁵ G-BA, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 44b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen, Krankenhausbegleitungs-Richtlinie/KHB-RL vom 18. August 2022, BAnz AT 11.10.2022 B1.

⁴⁶ G-BA, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen (Krankenhausbegleitungs-Richtlinie/KHB-RL), S. 4; Busch, Der neue Anspruch auf Krankengeld für Personen, die Menschen mit Behinderungen (§ 2 SGB IX) bei einer stationären Krankenhausbehandlung begleiten, § 44b SGB V, Beitrag A2-2023 unter www.reha-recht.de; Busch/Rabe-Rosendahl, RP Reha 1.2024, S. 28 (29).

Gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 KHB-RL werden die Kriterien für die medizinische Notwendigkeit einer Mitaufnahme nach Satz 1 in der Anlage dieser Richtlinie konkretisiert. Die Tabelle aus der Anlage zu § 2 KHB-RL wird nachfolgend dargestellt.

Tabelle 4.1 Kriterien für die medizinische Notwendigkeit einer Mitaufnahme

Fallgruppe	Kriterien
Fallgruppe 1 Begleitung zum Zweck der Verständigung	Erhebliche oder komplette Beeinträchtigung der Kommunikation, insbesondere im Bereich <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunizieren, Sprechen, nonverbale Mitteilungen, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken oder 2. der kognitiv-sprachlichen Funktion <ol style="list-style-type: none"> a) mit mangelnder Fähigkeit, die eigene Symptomatik oder Befindlichkeiten, wie Schmerzen oder Wünsche, deuten, beschreiben oder verstehen zu können oder b) mit mangelnder Fähigkeit, die Informationen und Anweisungen des Behandlungsteams des Krankenhauses wahrnehmen, verstehen oder umsetzen zu können.
Fallgruppe 2 Begleitung zum Zweck der Unterstützung im Umgang mit durch die Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen, insbesondere bei fehlender Kooperations- und Mitwirkungsfähigkeit	Schädigungen globaler oder spezifischer mentaler Funktionen, die sich insbesondere in Form von <ol style="list-style-type: none"> 1. motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten, 2. eigen- und fremdgefährdendem Verhalten, 3. Abwehr oder Verweigerung pflegerischer und anderer medizinischer Maßnahmen, 4. Wahnvorstellungen, ausgeprägten Ängsten und Zwängen, 5. Antriebslosigkeit somatischer oder psychischer Genese oder 6. sozial inadäquaten Verhaltensweisen in erheblichem Ausmaß äußern.
Fallgruppe 3 Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen	Erhebliche Schädigungen oder Beeinträchtigungen, insbesondere <ol style="list-style-type: none"> 1. gemäß der Fallgruppen 1 oder 2, 2. neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen, 3. der Atmungsfunktionen oder 4. der Funktion der Nahrungsaufnahme, insbesondere des Schluckens.

Quelle: Anlage 2 KHB-RL. Eigene Darstellung.

Die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme liegt nach § 2 Abs. 2 S. 3 KHB-RL vor, wenn mindestens ein Kriterium der in der Anlage genannten Fallgruppen erfüllt ist oder eine vergleichbare Schädigung oder Beeinträchtigung vorliegt.

Die medizinische Notwendigkeit ist gemäß § 4 Abs. 1 Hs. 1 KHB-RL durch eine Krankenhausärztin oder einen Krankenhausarzt (Nr. 1), eine Krankenhauszahnärztin oder einen Krankenhauszahnarzt (Nr. 2) oder eine Krankenhauspsychotherapeutin oder einen Krankenhauspsychotherapeuten (Nr. 3) festzustellen. Bei der Feststellung sind gemäß § 4 Abs. 1 Hs. 2 KHB-RL Bescheinigungen nach § 3 Abs. 1 oder Abs. 2 KHB-RL zu berücksichtigen, sofern diese vorliegen. Handelt es sich um einen planbaren Krankenhausaufenthalt, soll die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson gemäß § 3 Abs. 1 KHB-RL namentlich unter Angabe mindestens eines medizinischen Kriteriums gemäß der Anlage oder einer vergleichbaren Schädigung oder Beeinträchtigung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt (Nr. 1), eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt (Nr. 2) oder eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten (Nr. 3) im Rahmen der Krankenhouseinweisung festgestellt und auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (Verordnung von Krankenhausbehandlung) bescheinigt werden. Darüber hinaus sieht § 3 Abs. 2 KHB-RL die Möglichkeit vor, die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson alternativ zu Abs. 1 auch unabhängig von einer Krankenhouseinweisung unter Angabe mindestens eines medizinischen Kriteriums gemäß der Anlage oder einer vergleichbaren Schädigung oder Beeinträchtigung durch die in Abs. 1 genannten Mediziner*innen feststellen und befristet für bis zu zwei Jahre bescheinigen zu lassen, sofern diese nach medizinischer Einschätzung voraussichtlich mindestens für diesen Zeitraum bei der oder dem Versicherten vorliegen wird. Diese Bescheinigung bedarf keiner vorgegebenen Form im Sinne eines Formulars.⁴⁷ Mit dem Zwei-Jahres-Zeitraum findet eine Angleichung an die Gesamtplanung in der Eingliederungshilfe statt, die in der Regel ebenfalls für einen Zeitraum von zwei Jahren vorgenommen wird.⁴⁸

Gemäß § 44b Abs. 1 Nr. 1 lit. c SGB V muss der zu begleitende Mensch mit Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Diese Voraussetzung wird in der Literatur vielfach kritisiert, da hiermit beispielsweise älteren und demenzerkrankten Menschen, die keine Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, der Zugang zu entsprechender Unterstützung faktisch verwehrt wird.⁴⁹ Insoweit ist auch die Gesetzesbegründung verwirrend, da dort von Leistungsberechtigten die Rede ist „[...] bei denen die *Voraussetzungen von § 2 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)* vorliegen und die *Anspruch* auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches, § 35a des Achten Buches oder § 27d Absatz 1 Nummer 3 des Bundesversorgungsgesetzes haben.“⁵⁰ Der Gesetzestext setzt hingegen explizit den tatsächlichen *Erhalt* von Leistungen der Eingliederungshilfe voraus. Der Unterstützungsbedarf von Menschen mit Beeinträchtigungen kommt indes nicht zwingend durch die Leistung zum Ausdruck, die im Alltag üblicherweise in Anspruch genommen wird. Vielmehr können ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in der Regel häufig nur Pflegeleistungen erhalten,⁵¹ einen vergleichbaren Bedarf haben.⁵² Unterstützungsbedarfe im psychosozialen Bereich haben auch durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nach dem Pflegestärkungsgesetz II⁵³ an Bedeutung gewonnen (vgl. § 14

⁴⁷ Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erzfassung der Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen (Krankenhausbegleitungs-Richtlinie/KHB-RL, S. 5.

⁴⁸ A.a.O.

⁴⁹ Frevert/Frehe, SozSich 2022, S. 455 ff.; Czennia, Sozialrecht+Praxis 2021, S. 435 (436); Janßen, Die Neuregelungen zur Assistenz im Krankenhaus, Beitrag A41-2021 unter www.reha-recht.de.

⁵⁰ BT-Drs. 19/31069, S. 190, Hervh. d. Verf.

⁵¹ Welti, Sozialer Fortschritt 2010, S. 39 (41).

⁵² Czennia, Sozialrecht+Praxis 2021, S. 435 (440).

⁵³ Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015, BGBl. I, 2424.

SGB XI). Insofern sollte die Notwendigkeit eines Anspruchs auf Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. des tatsächlichen Bezuges dieser Leistungen überdacht werden.

§ 44b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V setzt ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen dem zu begleitenden Menschen mit Behinderung und der Begleitperson voraus. Danach muss der begleitende Versicherte im Verhältnis zum zu begleitenden Menschen mit Behinderung ein naher Angehöriger im Sinne von § 7 Abs. 3 PflegeZG (lit. a) oder eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld (lit. b) sein. Die Begleitperson hat das Angehörigenverhältnis oder das enge Vertrauensverhältnis gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen.⁵⁴ Grundsätzlich reichen dafür die Angaben im Antrag auf Krankengeld aus. Daneben kann die Krankenkasse aber auch weitere Nachweise wie Heirats- oder Geburtsurkunden oder eine Bestätigung durch die zu begleitende Person verlangen.⁵⁵ Es darf sich um keine Person handeln, die gegenüber dem begleiteten Versicherten Leistungen der Eingliederungshilfe gegen Entgelt nach Teil 2 des Neunten Buches, § 35a SGB VIII oder nach dem Sechsten Kapitel des Vierzehnten Buches erbringen, da in dem Fall die Entlohnung der Begleitperson nach den Regelungen des Neunten Buches sichergestellt sei.⁵⁶ Dies ist jedoch, wie in den folgenden Ausführungen noch aufgezeigt wird, tatsächlich nicht immer der Fall. Personen, die dem Menschen mit Behinderungen im Alltag beispielsweise Pflegeleistungen erbringen und zu denen ebenfalls ein enges Vertrauensverhältnis bestehen kann, werden nicht explizit ausgeschlossen.

Einen Anspruch auf Krankengeld hat die Begleitperson gemäß § 44b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V ferner nur, wenn ihr durch die Begleitung ein Verdienstausfall entsteht. Es muss somit eine Kausalität zwischen der Begleitung und dem Verdienstausfall bestehen. Diese Kausalität wird beispielsweise in Frage gestellt, wenn der Entgeltausfall aus der eigenen Arbeitsunfähigkeit der Begleitperson resultiert.⁵⁷

Der Anspruch auf Krankengeld der Begleitperson besteht gemäß § 44b Abs. 1 S. 2 SGB V für die Dauer der Mitaufnahme. Somit besteht keine zeitliche Befristung, wie dies beispielsweise beim Kinderkrankengeld gemäß § 45 Abs. 1 SGB V der Fall ist.⁵⁸ Der Mitaufnahme steht gemäß § 44b Abs. 1 S. 3 SGB V die ganztägige Begleitung gleich. Somit ist es nicht zwingend erforderlich, dass die Begleitperson im Krankenhaus übernachtet.⁵⁹ Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass von einer ganztägigen Begleitung auszugehen ist, wenn die Zeit der notwendigen Anwesenheit im Krankenhaus und die Zeiten der An- und Abreise insgesamt acht oder mehr Stunden umfassen. Dies hat auch Niederschlag in § 1 Abs. 2 KHB-RL gefunden. Eine kürzere Begleitung von weniger als acht Stunden führt danach nicht zu einem Anspruch auf Krankengeld,⁶⁰ auch wenn die Begleitperson dadurch an dem Tag nicht mehr arbeiten kann. Hierdurch werden insbesondere diejenigen Personen vor Probleme gestellt, die keine Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX erhalten und einen kürzeren Begleitungsbedarf haben.

§ 44b Abs. 3 S. 1 SGB V erklärt § 45 Abs. 3 SGB V für entsprechend anwendbar. Gemäß § 45 Abs. 3 S. 1 SGB V haben Versicherte mit Anspruch auf Kinderkrankengeld Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte

⁵⁴ Gemeinsames Rundschreiben vom 07.09.2022 in der Fassung vom 11.12.2024 zum Krankengeld nach § 44 SGB V, § 44b SGBV, zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII und zum Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 SGB XIV, S. 366.

⁵⁵ Gemeinsames Rundschreiben vom 07.09.2022 in der Fassung vom 11.12.2024 zum Krankengeld nach § 44 SGB V, § 44b SGBV, zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII und zum Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 SGB XIV, S. 366.

⁵⁶ BT-Drs. 19/31069, S. 190.

⁵⁷ Schifferdecker, in: BeckOGK SGB V, 2025, § 44b, Rn. 34, Stand: 15.08.2025.

⁵⁸ Schifferdecker, in: BeckOGK SGB V, 2025, § 44b, Rn. 39, Stand: 15.08.2025.

⁵⁹ BT-Drs. 19/31069, S. 190.

⁶⁰ BT-Drs. 19/31069, S. 190.

Freistellung besteht (z.B. tarifvertraglich geregelter Sonderurlaub⁶¹). Bei Bedarf erhält die Begleitperson nach Maßgabe von § 4 Abs. 3 KHB-RL vom Krankenhaus eine Bescheinigung über ihren Aufenthalt zur Vorlage beim Arbeitgeber. Diese Bescheinigung bestätigt die medizinische Notwendigkeit nur implizit,⁶² da sie gemäß § 4 Abs. 3 KHB-RL keine Angaben zum Versicherten enthalten darf. Den Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung haben gemäß § 44b Abs. 3 S. 2 SGB V auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Abs. 1 sind. Nach der Gesetzesbegründung besteht der Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung, solange die übrigen Voraussetzungen von § 44b Abs. 1 S. 1 vorliegen. Hier wird nicht auf die Sätze 2 und 3 verwiesen, die regeln, dass ein Anspruch auf Krankengeld nur bei ganztägiger Begleitung besteht. Jedoch regelt die KHB-RL, dass die Bescheinigung zur Vorlage an den Arbeitgeber nur die Anwesenheitstage der Begleitperson, bei denen der zeitliche Mindestumfang gemäß § 1 Abs. 2 erfüllt ist, enthält. Demnach bestünde auch der Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung nur für die Tage, an denen ein Begleitungsbedarf von mindestens acht Stunden besteht. Auch, wenn die Begleitung sowie An- und Abreise weniger als acht Stunden beträgt, kann die Berufstätigkeit jedoch beeinträchtigt werden, insbesondere, wenn Behandlungs- und Untersuchungstermine mitten am Tag stattfinden.⁶³ Gleiches gilt für Teilzeitarbeitende.⁶⁴ Auch aufgrund der hohen verfassungsrechtlichen Relevanz des Anspruchs auf Krankengeld der Begleitperson, insbesondere vor dem Hintergrund von Art. 3 Abs. 3 S. 2 und Art. 6 Abs. 1 GG, sollte die Frage des Mindestbegleitungsumfangs, einhergehend mit dem Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung auf bundesgesetzlicher Ebene eindeutig geregelt werden.

Die Höhe des Krankengeldes bestimmt sich mangels speziellerer Regelungen nach § 47 ff. SGB V.⁶⁵ In der Regel beträgt das Krankengeld damit 70 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze (Regelentgelt). Gemäß § 44b Abs. 3 SGB V bleibt der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 1 SGB V unberührt. Somit können Eltern von behinderten Kindern selbst entscheiden, von welcher Regelung sie Gebrauch machen möchten. Der Anspruch auf Kinderkrankengeld ist in der Regel höher,⁶⁶ jedoch gemäß § 45 Abs. 2 S. 1 SGB V befristet auf längstens zehn, bei Alleinerziehenden 20 Arbeitstage. Mit Wirkung vom 01.01.2024 ist zudem ein zeitlich unbefristeter Krankengeldanspruch für Eltern eingeführt worden, die ihr Kind bei einer stationären Krankenhausbehandlung begleiten müssen, wenn das Kind das zwölfe Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.⁶⁷ Des Weiteren ist in § 11 Abs. 3 SGB V ein neuer Satz 2 eingefügt worden, wonach bei der stationären Behandlung eines versicherten Kindes, das das neunte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen unwiderlegbar vermutet wird.⁶⁸ Daraus folgt, dass im Sinne der Einheitlichkeit der Regelungen auch beim Krankengeldanspruch gemäß § 44b SGB V bei der Begleitung von Kindern unter neun Jahren

⁶¹ Busch/Rabe-Rosendahl, RP Reha 1.2024, S. 28 (30).

⁶² Busch/Rabe-Rosendahl, RP Reha 1.2024, S. 28 (30).

⁶³ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, Handreichung zur Umsetzung des Anspruchs auf Begleitung im Krankenhaus nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 15.

⁶⁴ Siehe auch die Kritik des Bundesverbands Kinderhospiz e. V. (BVKH) im Beratungsverfahren zur KHB-RL: G-BA, Abschlussbericht Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen, Erstfassung der Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen (Krankenhausbegleitungs-Richtlinie/KHB-RL), Stand: 18.08.2022, S. 64.

⁶⁵ Schifferdecker, in: BeckOGK SGB V, § 44b, Rn. 38, Stand: 15.08.2025; Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, 06/2024, § 44b, Rn. 28.

⁶⁶ Busch, Der neue Anspruch auf Krankengeld für Personen, die Menschen mit Behinderungen (§ 2 SGB IX) bei einer stationären Krankenhausbehandlung begleiten, § 44b SGB V, Beitrag A2-2023 unter www.reha-recht.de.

⁶⁷ Art. 8b des Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PfStStG) vom 12. Dezember 2023, BGBl. I, Nr. 359.

⁶⁸ Busch/Rabe-Rosendahl, RP Reha 1.2024, S. 28 (31).

grundsätzlich keine gesonderte Feststellung der medizinischen Notwendigkeit durch den Krankenhausarzt mehr notwendig ist.

4.2 Anspruch auf Leistungen für die Begleitung und Befähigung des Leistungsberechtigten durch vertraute Bezugspersonen zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX

4.2.1 Überblick Verwaltungsverfahren im SGB IX

Dem Gesamtplanverfahren wird eine Schlüsselfunktion im Kontext personenorientierter Leistungsgewährung und -erbringung zugesprochen.⁶⁹ Leistungen der Eingliederungshilfe werden gemäß § 120 Abs. 2 S. 1 SGB IX auf Grundlage des Gesamtplanes bewilligt und erbracht. Das Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses (vgl. § 121 Abs. 2 S. 1 SGB IX).⁷⁰ Sind Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich, ist gemäß § 19 Abs. 1 SGB IX ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. In dem Fall ist das Gesamtplanverfahren gemäß § 21 S. 1 Hs. 2 SGB IX Gegenstand des Teilhabeplanverfahrens. Die Regelungen zur Teilhabeplanung werden durch die Vorschriften zur Gesamtplanung damit nicht ersetzt, sondern ergänzt.⁷¹ Ist der Träger der Eingliederungshilfe nicht leistender Rehabilitationsträger gemäß § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX, soll er gemäß § 119 Abs. 3 S. 2 i.V.m. § 19 Abs. 5 SGB IX den Leistungsberechtigten und den Rehabilitationsträgern anbieten, mit deren Einvernehmen das Verfahren anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers durchzuführen. Leistungen der Eingliederungshilfe werden gemäß § 108 Abs. 1 S. 1 SGB IX grundsätzlich auf Antrag erbracht. Im Fall einer notwendigen Krankenhausbegleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX ist es nicht zwingend erforderlich, dass die leistungsberechtigte Person einen neuen Antrag gemäß § 108 SGB IX stellt, da lediglich eine Anpassung des Gesamtplanes und ggf. eine Neubescheidung notwendig ist.

4.2.1.1 Bedarfsermittlung

Nach Eingang des Antrags gemäß § 108 Abs. 1 SGB IX ist nach Feststellung der Zuständigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB IX) gemäß § 14 Abs. 2 i.V.m. § 118 Abs. 1 S. 1 SGB IX unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten (§ 104 Abs. 2 SGB IX) zunächst der Bedarf zu ermitteln. Die Ermittlung des Bedarfs muss gemäß § 118 Abs. 1 S. 2 SGB IX durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert. Der Gesetzgeber hat darauf verzichtet, ein Instrument zur Bedarfsermittlung im Gesetz festzuschreiben und in § 118 SGB IX lediglich Kriterien vorgegeben, welche die Länder bei der Entwicklung ihrer Bedarfsermittlungsinstrumente zu beachten haben.⁷² Dies wurde damit begründet, dass die Länder die Eingliederungshilfe als eigene Angelegenheiten ausführen und der Bundesgesetzgeber hiermit keine Regelungskompetenz hat.⁷³ Die Bundesländer werden mit § 118 Abs. 2 SGB IX ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur

⁶⁹ BT-Drs. 18/9522, S. 287; von Boetticher/Kuhn-Zuber, Rehabilitationsrecht, 2022, Kapitel 3, Rn. 322.

⁷⁰ BT-Drs. 18/9522, S. 287; von Boetticher, Das neue Teilhaberecht, 2020, § 3, Rn. 491; Axmann, RdLH 2017, S. 1 (3).

⁷¹ Siehe zum Verhältnis der Teilhabeplanung zur Gesamtplanung: von Boetticher/Kuhn-Zuber, Rehabilitationsrecht, 2022, Kapitel 3, Rn. 322.

⁷² Bieritz-Harder, in: Dau/Düwell/Joussen/Luik, LPK-SGB IX, 2022, § 118, Rn. 3.

⁷³ BT-Drs. 18/9522, S. 288.

Bedarfsermittlung zu bestimmen. Hiervon haben alle Länder Gebrauch gemacht und ein eigenes Bedarfsermittlungsinstrument entwickelt.⁷⁴

Durch die Erweiterung in § 121 Abs. 4 Nr. 7 SGB IX durch Art. 7c des Tierarzneimittelgesetzes und zur Anpassung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften ist in den Gesamtplan auch die Einschätzung aufzunehmen, ob für den Fall einer stationären Krankenhausbehandlung die Begleitung und Befähigung des Leistungsberechtigten durch vertraute Bezugspersonen zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Entsprechend muss der Bedarf an Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX im Rahmen des Gesamtplanverfahrens ermittelt werden, was auch eine Anpassung der Bedarfsermittlungsinstrumente erforderlich gemacht hat. Dies ist noch nicht in allen Bundesländern geschehen. Einige Bedarfsermittlungsinstrumente ermöglichen aber eine Erfassung des Bedarfs unter allgemeinen Kategorien. Dies ist z.B. in Baden-Württemberg (BEI_BW⁷⁵) und Berlin der Fall. So kann ein entsprechender Unterstützungsbedarf im BEI_BW im Erhebungsbogen C anhand der Einschränkungen in den einzelnen Lebensbereichen nach der ICF (z.B. Selbstversorgung) erhoben werden. Im Ergebnisbogen D kann dann die Krankenhausbegleitung unter der Kategorie „Personelle Hilfen“ aufgeführt werden. Das Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen (B.E.Ni)⁷⁶ beinhaltet in dem Bogen zur Feststellung der Leistungen (F3) ein eigenes Feld zu den Leistungen nach § 113 Abs. 6 SGB IX. Dort ist zum einen der Leistungserbringer einzutragen, zum anderen gibt es ein Feld „Bemerkungen (Stundenumfang der Leistung)“. Auch der Personenzentrierte integrierte Teilhabeplan Hessen (PiT)⁷⁷ beinhaltet ein Feld zum Ankreuzen, ob eine Assistenz im Krankenhaus erforderlich ist. Weitere Erläuterungen sind hier nicht vorgesehen.

In den Interviews mit Trägern der Eingliederungshilfe sowie auch im Freitextfeld des Fragebogens zu Widerspruchs- und Klageverfahren wurde von einigen Trägern geschildert, dass sich eine Feststellung des konkreten Bedarfs teilweise schwierig gestalte, da dieser maßgeblich von der konkreten Krankenhausbehandlung bzw. der für den Krankenhausaufenthalt ursächlichen Erkrankung abhängig sei. So könne der Bedarf im Krankenhaus von dem üblichen Assistenzbedarf im Alltag abweichen. In diesem Zusammenhang erscheint der Vorschlag der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen sinnvoll, zunächst auf Grundlage der konkreten Teilhabebeeinträchtigung eine grobe Einschätzung vorzunehmen, ob im Falle eines Krankenhausaufenthaltes voraussichtlich ein geringer, mittlerer, hoher oder sehr hoher Unterstützungsbedarf besteht und diesen nach dem Stundenumfang abzustufen oder festzustellen, ob eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung erforderlich sein wird.⁷⁸

4.2.1.2 Einbeziehung weiterer Träger

Ist der Träger der Eingliederungshilfe leistender Rehabilitationsträger und sind zur Deckung der Teilhabebedarfe Leistungen weiterer Träger erforderlich, sind diese gemäß § 15 SGB IX im Rahmen

⁷⁴ Siehe die Übersicht auf der Internetseite der BAR: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/weiterentwicklung-und-forschung/eingliederungshilfe-instrumente-der-bedarfsermittlung/deutschlandkarte-der-instrumente.html?contrast=2&cHash=8070e2841f01a18630e1d24eb215f03c>; nicht alle Bedarfsermittlungsinstrumente sind online abrufbar.

⁷⁵ Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, Bedarfsermittlungsinstrument Baden-Württemberg (BEI_BW) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gemäß § 13 in Verbindung mit § 118 Sozialgesetzbuch IX, Stand: 10.09.2024, abrufbar unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads_BTIG/BEI_BW_2024_barrierefrei.pdf.

⁷⁶ Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren in Niedersachsen einschl. der BedarfsErmittlung Niedersachsen (B.E.Ni), abrufbar unter: https://soziales.niedersachsen.de/startseite/menschen_mit_behinderungen/eingliederungshilfe/bedarfsermittlungsinstrument_niedersachsen_b_e_ni/das-gesamt-und-teilhabeplanverfahren-in-niedersachsen-einschl-der-bedarfsermittlung-niedersachsen-162892.html.

⁷⁷ LWV Hessen, Der Personenzentrierte integrierte Teilhabeplan (PiT) Hessen, abrufbar unter: <https://www.lwv-hessen.de/leben-wohnen/wie-unterstuetzt-der-lwv/umsetzung-des-bundesteilhabegesetzes/der-pit-hessen/>.

⁷⁸ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, Handreichung zur Umsetzung des Anspruchs auf Begleitung im Krankenhaus nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 13 f.

des Teilhabeplanverfahrens einzubinden. § 15 Abs. 1 SGB IX regelt den Fall, dass vom Antrag weitere Leistungen umfasst sind, für die der Träger der Eingliederungshilfe nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein kann (sog. „Antragssplitting“⁷⁹). Dies ist gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX bei den unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen der Fall. In diesem Fall hat der Träger der Eingliederungshilfe den Antrag aufzuteilen und den Teil des Antrags, der die unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen betrifft, an den aus seiner Sicht dafür zuständigen Träger weiterzuleiten, der allein aufgrund der Weiterleitung für den Antragsteil zuständig wird und innerhalb der Fristen in § 15 Abs. 4 SGB IX über diesen entscheiden muss.⁸⁰ Eine erneute Weiterleitung ist grundsätzlich nicht möglich.

Hält der Träger der Eingliederungshilfe für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach § 14 Abs. 2 SGB IX die Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger für erforderlich und liegt kein Fall nach Absatz 1 vor, fordert er von den weiteren Rehabilitationsträgern die für den Teilhabeplan nach § 19 erforderlichen Feststellungen gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 SGB IX unverzüglich an und berät diese nach § 19 trägerübergreifend. Hier wird der Fall geregelt, dass der Träger der Eingliederungshilfe potentielle weitere Bedarfe erkennt, für die er zwar gemäß § 6 Abs. 1 SGB IX zuständig sein kann, dies aber nach seinem Leistungsgesetz nicht ist.⁸¹

Zu einer Verantwortung weiterer Rehabilitationsträger kann es bei der Krankenhausbegleitung auch im Zusammenhang mit der Übernahme von Fahrkosten kommen. So ist laut der Orientierungshilfe der BAGÜS über Kosten für Unterkunft, Verpflegung und ggf. Fahrkosten der Begleitperson gemäß § 11 Abs. 3 und § 60 SGB V seitens der Krankenkasse zu entscheiden.⁸² Dies ergibt sich implizit auch aus der Gesetzesbegründung.⁸³ Für die Übernachtungs- und Verpflegungskosten ist dies auch plausibel. Der Anspruch ergibt sich hier aus § 11 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 KHEntgG bzw. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 BPfIV. Gemäß § 11 Abs. 3 SGB V umfassen die Leistungen bei stationärer Behandlung auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 SGB V die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Ist die Begleitung des Menschen mit Behinderungen gemäß § 44b SGB V oder § 113 Abs. 6 SGB IX notwendig, ist zwingend auch von der medizinischen Notwendigkeit der Mitaufnahme gemäß § 11 Abs. 3 SGB V auszugehen. Über diese ist nach § 2 Abs. 3 S. 1 der Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025⁸⁴ durch den Krankenhausarzt oder die Krankenhausärztin zu entscheiden. Es ist damit kein gesonderter Antrag mehr bei der Krankenkasse notwendig, vielmehr muss das Krankenhaus die Kosten gegenüber der Krankenkasse des Menschen mit Behinderung geltend machen. Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts steht dem Krankenhaus nach § 3 S. 1 der Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025 ein Zuschlag in Höhe von jeweils 60 Euro zu (§ 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG).⁸⁵

⁷⁹ BT-Drs. 18/9522, S. 235.

⁸⁰ Schaumberg, SGB 2019, S. 206 (207 f.).

⁸¹ Schaumberg, SGB 2019, S. 206 (208).

⁸² BAGÜS, Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 8.

⁸³ BT-Drs. 19/31069, S. 194.

⁸⁴ GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Absatz 1a Nummer 7 KHG ab dem Jahr 2025 vom 18.12.2024 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin.

⁸⁵ Siehe zu den Zu- und Abschlägen gemäß § 17b Abs. 1a KHG: Vollmöller, in: Dettling/Gerlach, BeckOK KHR, § 17b KHG, Rn. 16, Stand: 01.07.2025.

Komplexer gestaltet sich die Finanzierung der Fahrkosten der Begleitperson. Gemäß § 60 Abs. 1 S. 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse nach den Abs. 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 SGB V (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Zwar beinhaltet § 60 SGB V im Vergleich zur Vorgängervorschrift § 194 Abs. 1 S. 1 RVO für die Krankenbehandlung keinen expliziten Anspruch auf die Übernahme von Fahrkosten einer Begleitperson, jedoch kommt eine Übernahme in Betracht, wenn die Voraussetzungen für die Mitaufnahme einer Begleitperson gemäß § 11 Abs. 3 SGB V gegeben sind.⁸⁶ Im Sinne der Rechtssicherheit wäre es sowohl für die betroffenen Menschen mit Behinderungen als auch für die Begleitpersonen (auch gemäß § 44b SGB V) aber besser, wenn der Anspruch explizit geregelt wäre, wie dies auch bei den Fahrkosten einer notwendigen Begleitperson während einer medizinischen Rehabilitationsleistung der Fall ist. § 60 Abs. 5 S. 1 SGB V verweist in dem Zusammenhang auf § 73 Abs. 1 und Abs. 3 SGB IX. Gemäß § 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB IX gehören zu den Reisekosten auch die Kosten für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstausfalls⁸⁷.

Ebenso könnten die Fahrkosten der Begleitperson Teil der Leistung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX sein. Auch bei den Assistenzleistungen gemäß § 113 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 78 Abs. 4 SGB IX sind die damit verbundenen notwendigen Fahrkosten als ergänzende Leistungen zu erbringen. Jedoch stellt die Krankenhausbegleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX als Sondertatbestand gerade keine Assistenzleistung im rechtlichen Sinne dar. Vielmehr handelt es sich um einen gesonderten Leistungsanspruch, für den auch der Verweis auf die §§ 77 bis 84 SGB IX gemäß § 113 Abs. 3 SGB IX grundsätzlich nicht gilt. In den Interviews mit Personen von den Trägern der Eingliederungshilfe wurde aber teilweise geschildert, dass die Einbindung der Krankenkasse als weiterer Stelle nur zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand führen würde und insofern nicht sinnvoll sei. Auch dies spricht dafür, die Fahrkosten im Fall der Begleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX als Bestandteil der Leistung dem Träger der Eingliederungshilfe zuzuordnen und dies auch gesetzlich eindeutig zu regeln.

Bleibt es bei der in der Gesetzesbegründung⁸⁸ und von der BAGüS vorgesehenen Aufteilung zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und der Krankenkasse, ist die Krankenkasse vom Träger der Eingliederungshilfe gemäß § 15 Abs. 1 SGB IX in das Verfahren einzubinden (Antragssplitting). Nach ständiger BSG-Rechtsprechung greifen die verfahrensrechtlichen Regelungen in §§ 14 ff. SGB IX auch dann, wenn unklar ist, ob es sich bei einer Leistung um eine Teilhabeleistung oder eine Leistung zur Krankenbehandlung handelt.⁸⁹ § 43 SGB IX regelt darüber hinaus, dass die Regelungen zur Teilhabeplanung auch bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten. Hiermit wird dem Sinn und Zweck der Regelungen in §§ 14 ff. SGB IX Rechnung getragen, wonach die leistungsberechtigte Person auch bei Trägermehrheit zügig und bedarfsgerecht an ihre Leistungen kommen soll und mögliche Zuständigkeitsstreitigkeiten sich nicht zu ihren Lasten auswirken sollen.⁹⁰

Lehnt die Krankenkasse eine Übernahme der Fahrkosten ab, muss der Träger der Eingliederungshilfe sie übernehmen, da es ansonsten zu einer ungedeckten Bedarfslage käme.⁹¹

⁸⁶ LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.04.2020, L 4 KR 3890/17, SRA 2020, S. 155 ff., juris Rn. 71; Waßer, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2025, § 60, Rn. 97.

⁸⁷ Zum Verdienstausfall: Krohn-Aicher/Masuch, in: FS Schlegel, 2024, S. 747 (752).

⁸⁸ BT-Drs. 19/31069, S. 194.

⁸⁹ Z.B. BSG, Urt. v. 15.03.2018, B 3 KR 18/17 R, BSGE 125, 189 ff.; Ulrich, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 2023, § 14, Rn. 47 m.w.N.

⁹⁰ BT-Drs. 18/9522, S. 233 f.; Schaumberg, SGB 2019, S. 142 (142); Krohne, in: BeckOGK SGB IX, § 14, Rn. 2 ff., Stand: 01.07.2025; Eicher, NZS 2022, S. 601 (602).

⁹¹ Siehe hierzu auch Kapitel 4.2.3 und die Nachweise in Fn. 113.

4.2.1.3 Erstellung des Gesamtplanes und Erlass des Verwaltungsaktes

Nach der fakultativen Durchführung einer Gesamtplankonferenz stellen der Träger der Eingliederungshilfe und die beteiligten Leistungsträger ihre Leistungen nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen innerhalb der Fristen nach den §§ 14 und 15 SGB IX fest. Ist keine Gesamtplankonferenz durchgeführt worden, muss sich die Leistungsfeststellung direkt an die Bedarfsermittlung anschließen.⁹²

Gemäß § 120 Abs. 2 S. 1 SGB IX erlässt der Träger der Eingliederungshilfe den Verwaltungsakt über die festgestellte Leistung nach den Kapiteln 3 bis 6 auf Grundlage des Gesamtplanes nach § 121 SGB IX.⁹³ Somit ist der Gesamtplan noch vor Erlass des Verwaltungsaktes zu erstellen, und zwar gemäß § 121 Abs. 1 SGB IX unverzüglich nach der Feststellung der Leistungen. Der Träger der Eingliederungshilfe muss neben der leistungsberechtigten Person und ggf. einer Vertrauensperson gemäß § 121 Abs. 3 SGB IX mit allen Personen und Stellen zusammenwirken, die in die Durchführung der Leistung involviert sind. Eine nicht abschließende („insbesondere“) Auflistung befindet sich in § 121 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX. Hierzu zählen beispielsweise der behandelnde Arzt und das Gesundheitsamt. Es kommen aber noch weitere Personen und Institutionen, wie z.B. mit Einverständnis der leistungsberechtigten Person die Leistungserbringer in Betracht,⁹⁴ im Falle einer Krankenhausbegleitung beispielsweise auch die Krankenkassen, Krankenhäuser bzw. der Krankenhaussozialdienst. In den Gesprächen mit den Trägern der Eingliederungshilfe hat sich herausgestellt, dass eine Kooperation mit weiteren Akteuren im Zusammenhang mit der Gesamtplanung eher selten stattfindet, sondern dass vielmehr manche Leistungserbringer mit Krankenhäusern kooperieren. Gerade hinsichtlich der Unsicherheiten im Zusammenhang mit den Fahrkosten wäre ein Ausbau der Kooperation auch zwischen den Leistungsträgern wünschenswert. Wenn im Gesamtplan festgelegt werden soll, dass Familienangehörige oder Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld die Begleitung übernehmen sollen, sind auch diese am Verfahren zu beteiligen.

4.2.1.4 Eilfälle

Handelt es sich um einen Eilfall und sind noch keine Feststellungen im Rahmen des Gesamtplanes getroffen, greifen § 18 Abs. 6 SGB IX sowie § 120 Abs. 4 SGB IX.⁹⁵ Gemäß § 120 Abs. 4 SGB IX erbringt der Träger der Eingliederungshilfe in einem Eilfall Leistungen der Eingliederungshilfe nach den Kapiteln 3 bis 6 vor Beginn der Gesamtplankonferenz vorläufig; der Umfang der vorläufigen Gesamtleistung bestimmt sich nach pflichtgemäßem Ermessen. Manche Träger der Eingliederungshilfe gaben in der schriftlichen Befragung sowie in den Interviews an, dass es zu rückwirkenden Bewilligungen kam. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass eine Bedarfsfeststellung im Nachgang teilweise schwierig sei. Wichtig sei eine umfassende Dokumentation des Einsatzes. Im Landesrahmenvertrag gemäß § 131 SGB IX NRW wird eindeutig geregelt, dass der Leistungserbringer den geschätzten Bedarf innerhalb von drei Tagen seit Kenntnisserlangung vom Eintritt des Bedarfsfalles bzw. vom sicher bevorstehenden Eintritt des Bedarfsfalles beim Leistungsträger anmelden kann, wenn beim Leistungsberechtigten aufgrund

⁹² Keil/Bieritz-Harder, in: Düwell/Joussen/Luik/von Boetticher, LPK-SGB IX, 2025, § 120, Rn. 2; Lange, in: Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX, 2023, § 120, Rn. 2.

⁹³ Zum Verhältnis von § 120 Abs. 1 zu Abs. 2 und der Abgrenzung der Feststellungen im tatsächlichen und im rechtlichen Sinne: Lange, in: Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX, 2023, § 120, Rn. 7.

⁹⁴ Von Boetticher/Kuhn-Zuber, Rehabilitationsrecht, 2022, Kapitel 3, Rn. 335.

⁹⁵ Vgl. BT-Drs. 19/31069, S. 193.

veränderter Umstände - entgegen der ursprünglichen Feststellung im Gesamtplanverfahren - ein Bedarf für Leistungen vorliegt.⁹⁶

4.2.2 Analyse Landesrahmenverträge

Eine Analyse der Landesrahmenverträge gemäß § 131 SGB IX hat ergeben, dass es bisher lediglich in vier Bundesländern, und zwar in Baden-Württemberg⁹⁷, Bayern⁹⁸, Hessen⁹⁹ und Nordrhein-Westfalen explizite Regelungen zur Krankenhausbegleitung gibt.¹⁰⁰ Überwiegend wird in den Verträgen der Inhalt des Gesetzestextes und der Gesetzesbegründung wiederholt. Teilweise wird aber auch eine nähere leistungsrechtliche Verortung vorgenommen. So werden die Leistungen sowohl in Hessen, Bayern als auch in NRW ausdrücklich den Assistenzleistungen gemäß § 78 SGB IX zugeordnet.¹⁰¹ Gemäß Abschnitt B 4.12. Abs. 2 S. 1 LRV NRW können die Assistenzleistungen im Krankenhaus in unterschiedlicher Form erfolgen: In aller Regel handelt es sich bei der Assistenzleistung im Krankenhaus um eine qualifizierte Assistenz. Nach Satz 2 werden bei Leistungsberechtigten der besonderen Zielgruppe für die einfache Assistenz die Assistenz im Krankenhaus durch die vertrauten Assistenzkräfte (Nichtfachkräfte) erbracht. Assistenz im Krankenhaus kann gemäß Abschnitt B 4.12. Abs. 2 S. 3 LRV NRW auch als unterstützende Assistenz durch eine Nichtfachkraft erbracht werden, wenn dies ausdrücklicher Wunsch der leistungsberechtigten Person ist. Dies gilt nach Satz 4 auch in dem Fall, dass zum erforderlichen Zeitpunkt keine der leistungsberechtigten Person vertraute Fachkraft beim Leistungserbringer verfügbar ist. Im Landesrahmenvertrag Hessen erfolgt keine Differenzierung nach qualifizierter oder einfacher Assistenz, sodass davon auszugehen ist, dass beides möglich ist.

In den Interviews mit Personen von den Trägern der Eingliederungshilfe wurde in diesem Zusammenhang geäußert, dass die Möglichkeit, die Leistung als einfache Assistenzleistung durch Nichtfachkräfte erbringen zu lassen, für die Leistungserbringer aufgrund des Personalmangels sehr wichtig sei. In einigen Interviews wurde auch geäußert, dass es sich bei der Krankenhausbegleitung um eine Leistung der einfachen Assistenz handele, da es mangels eines Befähigungsziels keinen Raum für eine qualifizierte Assistenz gebe. Nach der hier vertretenen Ansicht erfordert die Einschätzung, ob eine einfache oder eine qualifizierte Assistenz notwendig ist, eine Betrachtung des Einzelfalls. So wird im LRV NRW richtigerweise auch auf die Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsempfängers verwiesen. Ebenso verhält es sich in Baden-Württemberg. Gemäß § 53a Abs. 5 S. 1 LRV BW gelten sämtliche Beschäftigte des Leistungserbringens, die dem Leistungsberechtigten gegenüber im Alltag bereits Leistungen erbringen, als vertraute Bezugsperson. Gemäß § 53a Abs. 5 S. 2 LRV BW sind die Wünsche des Leistungsberechtigten im Hinblick auf den konkreten Personaleinsatz

⁹⁶ Gemeinsame Kommission Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX Nordrhein-Westfalen, Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX, abrufbar unter: https://lrv-sgbix.lvr.de/media/media_lrv/landesrahmenvertrag_131_sgb_ix_vertragstext/0-2_LRV_SGBIX_Gesamttext_241211.pdf, Abschnitt B 4.12 Abs. 3.

⁹⁷ Rahmenvertrag für Baden-Württemberg gemäß § 131 Abs. 1 SGB IX vom 28.07.2020 in der vierzehnten ergänzten Fassung vom 01.04.2025, verfügbar unter: https://www.kommisionen-und-schiedsstellen-bawue.de/fileadmin/Portal_Kommisionen_und_Schiedsstellen/Dateien/SBG_IX/RV_SGB_IX_Text_14_Fassung_vom_01.04.2025.pdf.

⁹⁸ Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX in Bayern vom 30.06.2023, verfügbar unter: https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/umsetzungsstand/anlage_rahmenvertrag-nach-c-131-sgb-ix-in-bayern.pdf.

⁹⁹ LwV Hessen, Hessischer Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX zu den schriftlichen Vereinbarungen nach § 125 SGB IX für Leistungen zur Sozialen Teilhabe und zur Teilhabe an Bildung nach Beendigung der Schulausbildung (Sekundarstufe II) für den Zeitraum ab 01.07.2023 Rahmenvertrag 3, abrufbar unter: <https://www.lwv-hessen.de/lernplattform/vertragliche-grundlagen/rahmenverträge/rahmenvertrag-3.html>.

¹⁰⁰ Gemeinsame Kommission Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX Nordrhein-Westfalen, Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX, abrufbar unter: https://lrv-sgbix.lvr.de/media/media_lrv/landesrahmenvertrag_131_sgb_ix_vertragstext/0-2_LRV_SGBIX_Gesamttext_241211.pdf.

¹⁰¹ Abschnitt 2.4.2 Abs. 5 Hessischer Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX (Rahmenvertrag 3 für Leistungen zur Sozialen Teilhabe und zur Teilhabe an Bildung nach Beendigung der Schulausbildung (Sekundarstufe II); ebenso Hessischer Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX (Rahmenvertrag 1 für Leistungen zur Sozialen Teilhabe und zur Teilhabe an Bildung bis zur Beendigung der Schulausbildung (Sekundarstufe II)

zu berücksichtigen. Im bayerischen Landesrahmenvertrag wird dem Vertrauensverhältnis zwischen dem Menschen mit Behinderung und der Begleitperson eine besondere Bedeutung beigemessen (Abschnitt 4.2.3.4. Abs. 1 S. 1 LRV Bayern). Danach und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts kann die Leistung gemäß Abschnitt 4.2.3.4. Abs. 1 S. 2 LRV Bayern sowohl in Form einer unterstützenden wie auch qualifizierenden Assistenz erfolgen.

Der bayerische Landesrahmenvertrag regelt explizit, dass Leistungen nach § 113 Abs. 6 SGB IX erst dann zum Tragen kommen sollen, wenn eine Begleitung bei einer stationären Krankenhausbehandlung i.S.v. § 39 SGB V durch nahe Angehörige aus dem engsten Familienkreis für diese nicht möglich bzw. für diese nicht zumutbar sei (LRV Bayern, S. 38, Abschn. 4.2.3.1 Abs. 2). Auf innerfamiliäre Hilfen können Menschen mit Behinderungen aber nur verwiesen werden, wenn diese Hilfen *tatsächlich* erbracht werden (s.u.). Dies ergibt sich aus § 91 Abs. 1 SGB IX („wer die erforderliche Leistung nicht von anderen *erhält*“). Erfolgt die notwendige Unterstützung nicht durch Angehörige, muss der Träger der Eingliederungshilfe die Leistung erbringen.

Zu einer gesonderten Finanzierung der Leistungen oder zu den Besonderheiten im Zusammenhang mit der Personalplanung enthält nur der bayerische Landesrahmenvertrag eine Regelung. Gemäß Abschnitt 4.2.3.4. Abs. 2 LRV Bayern muss der Leistungserbringer gegenüber dem Leistungsträger im jeweiligen Einzelfall darlegen können, dass auf Grund der Begleitung ins Krankenhaus tatsächlich Mehrkosten entstanden sind. Der personelle Ausgleich wird mit entsprechendem Nachweis durch den Leistungserbringer vom zuständigen Leistungsträger refinanziert. Hierdurch erhalten die Leistungserbringer eine entsprechende Sicherheit, dass die Mehrkosten tatsächlich übernommen werden. Auch in der BAGÜS-Orientierungshilfe wird auf die Notwendigkeit des Nachweises der Mehrkosten, insbesondere durch den Einsatz einer Ersatzkraft zur Kompensation, hingewiesen. Am besten solle die Vergütung über Stundensätze erfolgen, in denen auch danach differenziert wird, ob die Begleitung durch Hilfs- oder Fachkräfte erfolgt. Ein pauschaler Aufschlag zu den bestehenden Entgeltsätzen im Rahmen der prospektiven Vergütung wird dort abgelehnt, auch da bisher keine empirischen Daten zur Häufigkeit und Dauer der Inanspruchnahme der Leistung vorliegen.¹⁰² Es empfiehlt sich damit, dass die Leistungserbringer die Zeiten im Krankenhaus sowie in besonderen Wohnformen ggf. den zusätzlichen Personaleinsatz sorgfältig dokumentieren, um spätere Konflikte zu vermeiden. Auch sollte dokumentiert werden, ob die Begleitung im Rahmen der einfachen oder qualifizierten Assistenz vorgenommen wird und ob in der Wohnform eine Hilfs- oder Fachkraft einspringt.¹⁰³ Gemäß § 53a Abs. LRV Baden-Württemberg umfassen die zu vereinbarenden Leistungen Zeiten während des Aufenthalts des Leistungsberechtigten im Krankenhaus und der dafür erforderlichen Fahrten der vertrauten Kontaktperson. Umfangreiche Wegezeiten können gerade in ländlichen Gebieten oder bei erforderlichen Behandlungen in Fachkliniken, die weit entfernt sind, auftreten und sind nicht zu unterschätzen. Im zweiten juristischen Workshop wurde darüber hinaus hervorgehoben, dass auch Wartezeiten der Assistenzperson im Krankenhaus bei der Vergütung zu berücksichtigen sind.

Wenn Landesrahmenverträge keine Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus beinhalten, bedeutet das nicht, dass die Leistung nicht erbracht wird. Vielmehr kann sie im Einzelfall oder nach genereller Übung oder Absprache unter Regelungen subsumiert werden, die die Assistenz im Krankenhaus nicht explizit nennen. Landesrahmenverträge haben aber eine steuernde und Transparenz schaffende Wirkung. Für Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Leistungsträger kann das Fehlen einer rahmenvertraglichen Regelung zu Rechtsunsicherheit führen, die die Zugänglichkeit der Leistung

¹⁰² BAGÜS, Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 14.

¹⁰³ Siehe hierzu ebenfalls BAGÜS, Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 14.

erschweren kann. Soweit schriftliche oder mündliche Absprachen zur Auslegung der Rahmenverträge in Bezug auf Assistenz im Krankenhaus bestehen, wäre es daher sinnvoll, diese zugänglich zu veröffentlichen.

Die Landesrahmenverträge gemäß § 131 SGB IX, die bislang noch keine Regelungen zur Krankenhausbegleitung beinhalten, sollten nachbearbeitet werden, da diese hinsichtlich des Vertragsabschlusses gemäß § 123 ff. SGB IX für die Vereinbarungspartner bindend sein können und ansonsten zumindest eine starke Steuerungswirkung haben. An der Vergütung der tatsächlichen Aufwendungen im Wege eines Nachweises der Mehrkosten durch den Leistungserbringer, wie auch in der BAGÜS-Orientierungshilfe empfohlen, sollte festgehalten werden. Beispielhaft kann hier der bayerische Landesrahmenvertrag herangezogen werden. Es sollten entsprechende Regelungen in die Landesrahmenverträge und auch in die Verträge zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und Leistungserbringern aufgenommen werden, damit die Leistungserbringer eine Finanzierungssicherheit haben. Orientiert am Landesrahmenvertrag NRW sollten dort auch Regelungen zur möglichen nachträglichen Meldung des Bedarfs ergänzt werden.

4.2.3 Nachrang der Eingliederungshilfe und Verweis auf innerfamiliäre Hilfen

Ein im Zusammenhang mit der Krankenhausbegleitung vielfach diskutiertes Thema stellt die Ablehnung der Leistungen aufgrund der Verfügbarkeit innerfamiliärer Hilfen dar. Eine Befragung, die die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen bei den Leistungserbringern der Eingliederungshilfe durchgeführt haben, hat ergeben, dass, so die Veröffentlichung, „ein großer Teil“ der Anträge auf Krankenhausbegleitung von den Trägern der Eingliederungshilfe unter Verweis auf den Vorrang der Begleitung durch Angehörige abgelehnt wurde.¹⁰⁴

In der Gesetzesbegründung wird dazu ausgeführt:

„Im Einzelfall kann auf Grund des in der Eingliederungshilfe geltenden Nachranggrundsatzes bei tatsächlich verfügbaren innerfamiliären Hilfen, die den Bedarf decken, die vom Leistungsberechtigten begehrte Leistung nach § 113 Absatz 6 SGB IX abgelehnt werden. Die Grundlage dafür bilden die gegenseitigen familiären Beistands- und Rücksichtnahmepflichten, die im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt sind. Ein Verweis auf die vorrangige Unterstützung durch Personen aus dem familiären Umfeld ist dabei aber insbesondere nur möglich, wenn die benötigte Unterstützung des Leistungsberechtigten im Krankenhaus zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung durch die Person aus dem familiären Umfeld tatsächlich sachgerecht erbracht werden kann und dieser zumutbar ist. Nicht sachgerecht kann eine Unterstützung durch Familienangehörige insbesondere erbracht werden, wenn es an dem für die Unterstützung bei der Verständigung und im Umgang mit der Belastungssituation erforderlichen Vertrauensverhältnis des Leistungsberechtigten zu dem Familienangehörigen fehlt. Unzumutbar ist die Unterstützung insbesondere, wenn Beistandspflichten der vertrauten Bezugsperson gegenüber anderen Familienmitgliedern bestehen oder Erkrankungen, Behinderungen oder ein hohes Alter entgegenstehen. Bei der Prüfung der Beistandspflichten bzw. der Zumutbarkeit wird daher vor allem auch der zeitliche Umfang der benötigten Unterstützung durch die Person aus dem familiären Umfeld eine Rolle spielen. In einem Eilfall (Notfallbehandlung) soll aus zeitlichen Gründen von dieser Prüfung abgesehen werden.“¹⁰⁵

Auf die gegenseitigen Beistands- und Rücksichtnahmepflichten wird auch in der BAGÜS-Orientierungshilfe verwiesen.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (o.J.), Begleitung im Krankenhaus – Neuregelung wird evaluiert.

¹⁰⁵ BT-Drs. 19/31069, S. 193

¹⁰⁶ BAGÜS, Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 7.

Gemäß § 91 Abs. 1 SGB IX erhält Eingliederungshilfe, wer die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen *erhält*. Die Norm bezieht sich auf den tatsächlichen Erhalt der Leistungen. Es genügt somit nicht, dass ein Anspruch auf Leistungen anderer besteht.¹⁰⁷ Auch ist nicht ausreichend, dass die Hilfen abstrakt verfügbar sind. Dies entspricht dem aus dem Sozialhilferecht übernommenen *Faktizitätsprinzip*. Danach spielt die Ursache der Hilfebedürftigkeit bei der Leistungsgewährung grundsätzlich keine Rolle, vielmehr ist auf die tatsächliche Lage der Hilfesuchenden abzustellen.¹⁰⁸ Der Nachranggrundsatz ist entgegen der mittlerweile überholten Rechtsprechung des BVerwG¹⁰⁹ kein eigenständiger Ausschlussstatbestand.¹¹⁰ Vielmehr kommt der Regelung lediglich im Zusammenhang mit ergänzenden bzw. konkretisierenden Vorschriften Bedeutung zu.¹¹¹ Es ist insbesondere an § 104 Abs. 1 SGB IX zu denken, der das Prinzip der einzelfallorientierten und personenzentrierten Leistungserbringung konkretisiert.¹¹² Gemäß § 104 Abs. 1 S. 1 SGB IX bestimmen sich die Leistungen der Eingliederungshilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfes, den persönlichen Verhältnissen, dem Sozialraum und den eigenen Kräften und Mitteln; dabei ist auch die Wohnform zu würdigen. Ist der Bedarf bereits durch andere Leistungen tatsächlich und vollständig gedeckt, werden keine Leistungen der Eingliederungshilfe mehr benötigt. Besteht die Verpflichtung einer anderen Stelle, die Leistung zu erbringen, kommt sie ihrer Pflicht aber nicht nach, muss der Träger der Eingliederungshilfe sie erbringen, da es ansonsten zu einer ungedeckten Bedarfslage käme.¹¹³ Im Vergleich zu § 2 SGB XII enthält § 91 SGB IX keine Verpflichtung zur Selbsthilfe.¹¹⁴ Die Selbsthilfemöglichkeiten und dabei auch mögliche Ressourcen im persönlichen Umfeld des Menschen mit Behinderung werden vielmehr nur im Rahmen des Gesamtplanverfahrens erörtert (vgl. § 121 Abs. 4 Nr. 3 SGB IX).¹¹⁵

Mit den angesprochenen Bestands- und Rücksichtnahmepflichten sind § 1353 Abs. 1 S. 2 BGB sowie § 1618 (bis 01.05.2025 § 1618a BGB) gemeint.¹¹⁶ Gemäß § 1353 S. 2 BGB sind die Ehegatten einander zur ehelichen Lebensgemeinschaft verpflichtet; sie tragen füreinander Verantwortung. Hieraus ergeben sich auch Bestandsverpflichtungen im Krankheitsfall des Ehegatten. Diese Pflicht beschränkt sich jedoch ähnlich wie die Bestandspflichten aus § 1618 BGB auf Notsituationen.¹¹⁷ So hat der BGH beispielsweise entschieden, dass die Pflege eines schwerstbehinderten Ehegatten, ggf. unter Aufgabe der eigenen Berufstätigkeit, weit über das Zumutbare hinausgehe.¹¹⁸ Ähnlich verhält es sich mit § 1618 BGB, wonach Eltern und Kinder einander Beistand und Rücksicht schuldig sind. Eine Verpflichtung zu regelmäßigen Diensten, wie auch die Unterstützung bei der Gesundheitssorge, lässt sich hieraus nicht ableiten, sondern vielmehr nur die Unterstützung in Notfällen.¹¹⁹

¹⁰⁷ Bieback, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 2024, § 91 SGB IX, Rn. 3; Frerichs, in: Hauck/Noftz, SGB IX, 04/2025, § 91, Rn. 23.

¹⁰⁸ BSG, Urt. vom 11.12.2007, B 8/9b SO 23/06 R, juris Rn. 15; LSG Bayern, Beschl. vom 23.01.2009, L 8 B 900/07 SO PKH, juris Rn. 19; LSG Baden-Württemberg, Beschl. vom 07.11.2012, L 7 SO 4186/12 ER-B, Leitsatz 2.

¹⁰⁹ BVerwG, Urt. vom 29.09.1971, V C 2.71, juris Rn. 6 f.

¹¹⁰ BSG, Urt. vom 23.8.2013, B 8 SO 10/12 R, juris Rn. 25; BSG, Urt. vom 02.02.2010, B 8 SO 21/08 R, juris Rn. 13; BSG, Urt. vom 29.09.2009, B 8 SO 23/08 R, juris Rn. 20; BSG, Urt. vom 26.08.2008, B 8/9b SO 16/07 R, juris Rn. 15; BSG, Urt. v. 23.03.2021, B 8 SO 2/20 R, juris Rn. 13; Rosenow, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 2021, § 91, Rn. 12 f.; Wehrhahn, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 2023, § 91, Rn. 10.

¹¹¹ BSG, Urt. v. 02.02.2010, B 8 SO 21/08 R, juris Rn. 13; BSG, Urt. v. 22.03.2012, B 8 SO 30/10 R, BSGE 110, 301 ff., juris Rn. 25.

¹¹² Winkler, in: BeckOGK SGB IX, § 104, Rn. 6 ff., Stand: 01.07.2025; von Boetticher/Zinsmeister, in: Düwell/Joussen/Luik/von Boetticher, LPK-SGB IX, 2025, § 104, Rn. 4; Schaumberg, in: Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX, 2023, § 104, Rn. 1.

¹¹³ Siehe hierzu nur die Rechtsprechung des BSG zur Schulassistenz: BSG, Urt. v. 22.3.2012, B 8 SO 30/10 R, BSGE 110, 301 ff., juris Rn. 25; BSG, Urt. v. 09.12.2016, B 8 SO 8/15 R, BSGE 122, 154 ff., juris Rn. 30; BSG, Urt. v. 18.07.2019, B 8 SO 2/18 R, SGB 2020, 386 ff., juris Rn. 21.

¹¹⁴ Keil/Bieritz-Harder, in: Düwell/Joussen/Luik/von Boetticher, LPK-SGB IX, 2025, § 91, Rn. 4.

¹¹⁵ Ebd. SGB §

¹¹⁶ Siehe hierzu ausführlich: Nebe, RP Reha 4.2021, S. 37 ff.

¹¹⁷ Vgl. dazu: Roth, in: MüKo BGB, 2025, § 1353, Rn. 31.

¹¹⁸ BGH, Urt. v. 22.02.1995, XII ZR 80/94, NJW 1995, 1486 ff., juris Rn. 16.

¹¹⁹ OLG Bamberg, Urt. v. 03.01.1984, 5 U 126/83, juris-Rn. 20; Heinz, ZFSH/SGB 2015, 413 (420); Nebe, RP Reha 4.2021, S. 37 (39) m.w.N.

Eine Recherche in den Datenbank juris ergibt, dass die Verpflichtungen aus § 1618 BGB von Trägern der Eingliederungshilfe im Einzelfall herangezogen werden, um Leistungsansprüche von Kindern mit Behinderungen zu begrenzen. Die Gerichte heben in dem Kontext aber einstimmig hervor, dass die Grenze zur Vermeidung der Benachteiligung von Familien dort zu ziehen sei, wo die Hilfe für das Kind mit Behinderung über das Übliche und Typische in der Erziehung und Betreuung eines nichtbehinderten Kindes hinausgehe.¹²⁰ Weitergehende Verpflichtungen lassen sich im Übrigen auch nicht aus der Pflicht zur elterlichen Sorge (§§ 1626 ff. BGB) und dem Unterhaltsanspruch gemäß § 1601 BGB herleiten.¹²¹ Denn der Umfang des geschuldeten Unterhalts richtet sich auch nach der Leistungsfähigkeit der Eltern.¹²² Durch das Bundesteilhabegesetz und das Angehörigen-Entlastungsgesetz wurde die Einkommens- und Vermögensanrechnung für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen großzügiger gestaltet.¹²³ Eine Ablehnung von Leistungen der Eingliederungshilfe unter Verweis auf die Beistandspflichten gemäß § 1618 BGB könnte die Schonung von Einkommen und Vermögen wieder aushebeln, da den Eltern behinderter Kinder ansonsten weniger Zeit für ihre Erwerbsteilhabe verbleibt.¹²⁴ Aus § 1618 BGB abgeleitete Pflichten dürfen auch nicht in Widerspruch zum geltenden Recht treten und neue Pflichten contra legem begründen oder Ansprüche einschränken.¹²⁵ Eine bereits abschließend geregelte Materie ist immer vorrangig zu beachten.¹²⁶

Besondere Rücksicht ist auf ein hohes Lebensalter und ggf. eigene Pflegebedürftigkeit der verpflichteten Person zu nehmen, wie es sich folgerichtig auch bereits aus der Gesetzesbegründung zu § 113 Abs. 6 SGB IX und aus der BAGÜS-Orientierungshilfe ergibt.¹²⁷ So sind beispielsweise im Rahmen der Besuchsbeihilfen gemäß § 115 SGB IX auch die individuell benötigten Assistenzleistungen zu erbringen, wenn der Bewohner einer besonderen Wohnform seine betagte Mutter über das Wochenende besuchen möchte.¹²⁸ Diese können nicht unter Verweis auf den Nachranggrundsatz und die aus § 1618 BGB folgenden Verpflichtungen versagt werden.¹²⁹

Zwar begründen sowohl § 1353 Abs. 1 S. 2 als auch § 1618 BGB nach überwiegend vertretener Ansicht echte Rechtspflichten,¹³⁰ jedoch sind sie zumindest in der Gestalt persönlicher Fürsorgeverpflichtungen nicht durchsetzbar.¹³¹ Wenn man eine gerichtliche Durchsetzung (Klagbarkeit) des Anspruchs bejahren würde,¹³² würde die tatsächliche Durchsetzung an der mangelnden Vollstreckbarkeit scheitern. Dies ergibt sich für die ehelichen Beistands- und Fürsorgepflichten explizit aus § 120 Abs. 3 FamFG und bei den Pflichten im Eltern-Kind-Verhältnis aus einer analogen Anwendung von § 888 Abs. 3 ZPO, wonach die Regelungen zur Zwangsvollstreckung bei nicht vertretbaren Handlungen im Falle der Verurteilung zur Leistung von Diensten aus einem Dienstvertrag nicht zur Anwendung kommen. Nach verbreiteter Auffassung ist § 888 Abs. 3 ZPO auch dann anzuwenden, wenn durch die Zwangsvollstreckung ein Grundrecht des Schuldners verletzt

¹²⁰ LSG Sachsen, Beschl. v. 12.07.2021, L 8 SO 29/21 B ER, SRa 2022, S. 69 ff., juris Rn. 43; LSG Sachsen, Urt. v. 13.07.2022, L 8 SO 48/21, ZFSH/SGB 2022, S. 672 ff., juris Rn. 52; VG Halle, Urt. v. 05.09.2018, 7 A 149/16, juris Rn. 27; VG Halle, Urt. v. 05.09.2018, 7 A 55/17, juris Rn. 22; zu dieser Thematik eingehend: Nebe, RP Reha 4.2021, S. 37 ff.

¹²¹ SG Lüneburg, Gerichtsbescheid v. 12.02.2025, S 38 SO 9/22, juris Rn. 37; Nebe, RP Reha 4.2021, S. 37 (44).

¹²² SG Lüneburg, Gerichtsbescheid v. 12.02.2025, S 38 SO 9/22, juris Rn. 37; Langeheine, in: MüKo BGB, Band 10, 2024, § 1601, Rn. 13.

¹²³ Siehe zur Anrechnung von Einkommen und Vermögen: von Boetticher, Das neue Teilhaberecht, 2020, § 4, Rn. 154 ff.

¹²⁴ Nebe, RP Reha 4.2021, S. 37 (43).

¹²⁵ Gernhuber, in: FS Müller-Freienfels, 1986, S. 159 (183).

¹²⁶ v. Sachsen Gessaphe, in: Säcker et al., MüKo BGB, Band 10, 2024, § 1618a, Rn. 13; Kienemund, in: Gsell et al., BeckOGK BGB, § 1618, Rn. 15, Stand: 01.11.2025.

¹²⁷ BT-Drs. 19/31069, S. 193; BAGÜS, Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 7.

¹²⁸ LSG Sachsen, Urt. v. 13.07.2022, L 8 SO 48/21, juris Rn. 52.

¹²⁹ LSG Sachsen, Urt. v. 13.07.2022, L 8 SO 48/21, juris Rn. 52; dazu: Axmann, RdLH 2023, S. 20 (21).

¹³⁰ Coester, in: Gauch, Festgabe Schnyder, 1995, S. 101 (103 ff.); v. Sachsen Gessaphe, in: MüKo BGB, Band 10, 2024, § 1618a, Rn. 15 ff.

¹³¹ Schwab, FamRZ 1997, S. 521 (521).

¹³² Bejahend: Ludyga, FPR 2012, S. 54 (58); ablehnend: Welti, PKR 2000, S. 39 (41).

würde.¹³³ Eine Verpflichtung von Angehörigen zur Pflege könnte beispielsweise in das allgemeine Persönlichkeitsrecht eingreifen.¹³⁴ Ähnlich verhält es sich bei der Unterstützung im Gesundheitsbereich, da es hier ebenfalls um einen sensiblen Bereich geht.¹³⁵ Allgemein steht die gerichtliche Durchsetzung und Vollstreckung von familiären Beistandspflichten dem eigentlichen Sinn und Zweck der Normen entgegen, die Familiensolidarität und gegenseitige Unterstützung auf freiwilliger Basis zu stärken.¹³⁶

Somit könnten Menschen mit Behinderungen die Unterstützung gegenüber ihren Angehörigen auch nicht durchsetzen, sodass sie ohne die Leistung der Eingliederungshilfe gar keine Unterstützung bekommen würden. Letztendlich müssen auch die Wünsche der leistungsberechtigten Person hinsichtlich der Begleitperson berücksichtigt werden, da gerade das Ziel der Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen ansonsten nur schwer erreichbar scheint.

Nach alledem bleibt festzuhalten, dass ein Verweis auf die Unterstützung Angehöriger nur dann rechtmäßig ist, wenn die Unterstützung in der Behandlungssituation tatsächlich geleistet werden kann. Ein pauschaler Verweis auf die Verpflichtungen Angehöriger würde die zivilrechtlichen Beistandspflichten zum einen zu weit ausdehnen, zum anderen würde es auch dem Sinn und Zweck von § 113 Abs. 6 SGB IX zuwiderlaufen. Gemäß § 113 Abs. 6 S. 4 SGB IX findet § 91 Abs. 1 und Abs. 2 SGB IX gegenüber Kostenträgern von Leistungen zur Krankenbehandlung mit Ausnahme der Träger der Unfallversicherung keine Anwendung. Ein Verweis auf die Verpflichtungen Angehöriger und die mögliche Inanspruchnahme von Krankengeld gemäß § 44b SGB V würde die Regelung in § 113 Abs. 6 S. 4 SGB IX aushebeln.¹³⁷

4.2.4 Voraussetzung einer stationären Krankenhausbehandlung

Voraussetzung von § 113 Abs. 6 SGB IX ist daneben, dass die Begleitung während einer „stationären“ Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Was der Gesetzgeber unter einer stationären Krankenhausbehandlung versteht, wird weder im Gesetz selbst noch in der Begründung näher definiert. Es erfolgt lediglich ein Verweis auf § 39 SGB V. In § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V werden neben der vollstationären Behandlung noch die stationsäquivalente, tagesstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie die ambulante Behandlung genannt. Die BAGÜS geht in ihrer Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus davon aus, dass vom Anwendungsbereich des § 113 Abs. 6 SGB IX nur vollstationäre Krankenhausbehandlungen umfasst seien und begründet dies anhand der Regelung in § 98 Abs. 1 S. 5 SGB IX, wonach eine Unterbrechung des Leistungsbezugs wegen einer stationären Krankenhausbehandlung nicht als Beendigung des Leistungsbezuges gilt und sich somit nicht auf die örtliche Zuständigkeit auswirkt. Hiermit sei ein vollstationärer Aufenthalt gemeint, weshalb der Begriff in § 113 Abs. 6 S. 1 SGB IX ebenso ausgelegt werden müsse.¹³⁸ Diese Auslegung erscheint nach der hier vertretenen Auffassung nicht plausibel, da die Problemkonstellationen, denen § 113 Abs. 6 SGB IX begegnen will, auch bei den anderen in § 39 SGB V genannten Krankenhausbehandlungen auftreten.¹³⁹ Zudem wirkt sich ein teilstationärer

¹³³ BGH, Beschl. v. 03.07.2008, I ZB 87/06, NJW 2008, 2919 (2920), juris Rn. 11, wonach der Auskunftsanspruch eines Kindes gegen seine Mutter auf Mitteilung des Namens seines leiblichen Vaters nicht nach § 888 Abs. 3 ZPO von der Vollstreckung ausgenommen ist; Die Anwendbarkeit von § 888 Abs. 3 ZPO wurde im Fall der Verpflichtung zur Teilnahme an einer religiösen Handlung wegen des Eingriffs in Art. 4 GG i.V.m. dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht bejaht: OLG Köln, Beschl. v. 19.03.1973, 7 W 63/72, MDR 1973, 768 f.; auch eine Verpflichtung zum Abschluss eines Erbvertrages entgegen § 2302 BGB ist aufgrund der Verletzung des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts gemäß § 888 Abs. 3 ZPO von der Vollstreckung ausgenommen: OLG Frankfurt a.M. Rpfleger 1980, 117 ff.

¹³⁴ Ludyga, FPR 2012, S. 54 (58).

¹³⁵ Inwieweit es zu einer Verletzung von Grundrechten kommen würde, müsste in einer weiteren Ausarbeitung dezidiert geprüft werden.

¹³⁶ Ludyga, FPR 2012, S. 54 (58); Welti, PKR 2000, S. 39 (41).

¹³⁷ So im Ergebnis auch: Gerlach, in: Hauck/Noftz, SGB V, 06/2024, § 44b, Rn. 20.

¹³⁸ BAGÜS, Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 5.

¹³⁹ Schaumberg, in: Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX, 2023, § 113, Rn. 25.

Krankenhausaufenthalt erst recht nicht auf die örtliche Zuständigkeit aus. In den Interviews mit Personen von den Trägern der Eingliederungshilfe gaben diese an, dass die Leistungen grundsätzlich nur bei vollstationärer Behandlung erbracht werden, sie die Ausführungen in der BAGÜS-Orientierungshilfe aber auch nicht als starres Ausschlusskriterium sehen. So sei eine Begleitung auch bei einer teilstationären Krankenhausbehandlung möglich. Lediglich die Begleitung zu einer ambulanten Krankenhausbehandlung scheint nach dem Wortlaut ausgeschlossen zu sein.¹⁴⁰

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu bedenken, dass sich ambulante und stationäre Krankenhausbehandlungen z.T. nur schwer voneinander abgrenzen lassen. Behandlungen, die nach außen als ambulant erscheinen, werden im rechtlichen Sinne als teilstationäre Behandlungen eingestuft. Hierzu zählen auch Intervallbehandlungen, die für eine bestimmte zeitliche Periode mit tageweisen Unterbrechungen erbracht werden müssen, wie z.B. eine Chemotherapie.¹⁴¹ Wesentliches Abgrenzungskriterium zur ambulanten Behandlung ist damit nicht mehr die Aufenthaltsdauer,¹⁴² sondern die Frage, ob für die konkrete Behandlung die besondere Behandlungsinfrastruktur des Krankenhauses erforderlich ist.¹⁴³ Es ist damit fraglich, welches Abgrenzungskriterium bei der Einstufung einer Behandlung als stationär, teilstationär oder ambulant im Zusammenhang mit der Krankenhausbegleitung greifen soll. Eine Ablehnung der Leistungen während einer Chemo- oder Strahlentherapie,¹⁴⁴ da sich diese nach außen hin als „ambulant“ darstellen, weckt auch aus verfassungsrechtlicher Sicht Bedenken in Bezug auf die Gleichbehandlung. Sollte es hierbei nur um die Dauer der Behandlung gehen und bei allen anderen Behandlungen § 113 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 78 SGB IX greifen, wäre die Regelung in § 113 Abs. 6 SGB IX überflüssig.

4.3 Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit § 44b SGB V sollte insbesondere der vorgesehene zeitliche Mindestumfang der Begleitung von acht Stunden gemäß § 1 Abs. 2 S. 1 KHB-RL überdacht werden. Auch, wenn eine Begleitung kürzer als acht Stunden dauert, kann dies die Berufstätigkeit der Begleitperson erheblich einschränken.

Die rechtswissenschaftliche Analyse zu § 113 Abs. 6 SGB IX im Modul 2 hat unter anderem gezeigt, dass es in der Praxis teilweise Unsicherheiten bzgl. der Übernahme von Fahrkosten der Begleitperson gibt. Hier wäre eine gesetzliche Klarstellung wünschenswert. Sollten die Fahrkosten, wie in der Gesetzesbegründung und nach der BAGÜS-Orientierungshilfe vorgesehen, von der Krankenkasse zu übernehmen sein, sollte eine entsprechende Regelung hierzu in § 60 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V eingefügt werden. In diesem Fall wäre die Krankenkasse vom Träger der Eingliederungshilfe automatisch gemäß § 15 Abs. 1 SGB IX in das Verwaltungsverfahren einzubinden. Auch ist denkbar, einen entsprechenden Satz in § 113 Abs. 6 SGB IX anzufügen, wonach im Fall der Krankenhausbegleitung auch die Fahrkosten der Begleitperson vom Träger der Eingliederungshilfe zu übernehmen sind. Eine analoge Anwendung von § 78 Abs. 4 SGB IX scheidet aus, da es sich bei der Krankenhausbegleitung rechtlich gesehen gerade nicht um eine Assistenzleistung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX handelt.

Die Interviews mit Trägern der Eingliederungshilfe sowie auch der zweite juristische Expertenworkshop haben ergeben, dass der Bedarf an einer Krankenhausbegleitung in einigen Fällen auch kurzfristig entstehen kann, auch wenn keine Feststellungen im Gesamtplanverfahren getroffen

¹⁴⁰ Ebd.

¹⁴¹ BSG, Urt. v. 19.04.2016, B 1 KR 21/15 R, juris Rn. 12; Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2025, § 39 SGB V, Rn. 41 m.w.N.

¹⁴² So noch: BSG, Urt. v. 04.03.2004, B 3 KR 4/03 R, juris Rn. 27 f.

¹⁴³ Becker, in: Becker/Kingreen, SGB V, 2024, § 39, Rn. 17; Gerlach, in: Dettling/Gerlach, BeckOK Krankenhausrecht, § 39 SGB V, Rn. 27, Stand: 01.07.2025; Barkow-von Creytz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2022, § 39 SGB V, Rn. 19.

¹⁴⁴ Siehe dazu: LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.04.2020, L 4 KR 3890/17, juris.

wurden. In diesen Fällen ist es sehr wichtig, dass eine Entscheidung über die Leistung zügig getroffen wird und der Bedarf auch nachgemeldet werden kann.

Die Analyse der Landesrahmenverträge hat gezeigt, dass bisher in einigen, aber noch nicht in allen Bundesländern Regelungen zur Krankenhausbegleitung aufgenommen wurden. In anderen Bundesländern wird derzeit verhandelt oder es werden Modelle der Finanzierung der Leistungen erprobt. Für Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Leistungsträger kann das Fehlen einer rahmenvertraglichen Regelung zu Rechtsunsicherheit führen, die die Zugänglichkeit der Leistung erschweren kann, insbesondere, wenn sie keinen unmittelbaren Zugang zu den Verhandlungen hatten. Soweit schriftliche oder mündliche Absprachen zur Auslegung der Rahmenverträge in Bezug auf Assistenz im Krankenhaus bestehen, wäre es daher sinnvoll, diese zugänglich zu veröffentlichen. Die Landesrahmenverträge gemäß § 131 SGB IX, die bislang noch keine expliziten Regelungen zur Krankenhausbegleitung beinhalten, sollten insoweit überprüft werden. An der Vergütung der tatsächlichen Aufwendungen im Wege eines Nachweises der Mehrkosten durch den Leistungserbringer, wie auch in der BAGÜS-Orientierungshilfe empfohlen, sollte festgehalten werden.

Hinsichtlich des Verweises auf die Unterstützung von Familienangehörigen durch die Träger der Eingliederungshilfe ist festzuhalten, dass dieser nur in absoluten Ausnahmefällen und nur dann möglich ist, wenn die Unterstützung tatsächlich und sachgerecht von der Begleitperson aus dem familiären Umfeld erbracht werden kann. Eventuelle Feststellungen im Gesamtplan sind kurz vor der Begleitung erneut zu überprüfen. Besondere Bedeutung ist dabei auch dem Wunsch- und Wahlrecht des zu begleitenden Menschen mit Behinderung beizumessen. Familiäre Beistandspflichten gemäß §§ 1353 Abs. 1, 1618 BGB beschränken sich nach der zivilgerichtlichen Literatur und Rechtsprechung nur auf die Unterstützung in Notsituationen. Verpflichtungen von Angehörigen zu regelmäßigen und wiederkehrenden Diensten unter Einschränkung der eigenen Berufstätigkeit lassen sich daraus nicht ableiten. Wenn Angehörige den Menschen mit Behinderung ins Krankenhaus begleiten, kann dies allenfalls freiwillig geschehen. Diese Form der Unterstützung ist nicht einklagbar und kann auch nicht mit Zwang durchgesetzt werden.

Die Begleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX ist wie die Begleitung gemäß § 44b SGB V zudem, anders als nach der BAGÜS-Orientierungshilfe vorgesehen, nicht nur bei vollstationären, sondern auch bei den anderen in § 39 SGB V genannten Behandlungsformen mit Ausnahme der ambulanten Behandlung möglich, denn § 113 Abs. 6 SGB IX verweist auf die „stationäre“ Behandlung gemäß § 39 SGB V und nicht auf die „vollstationäre“ Krankenhausbehandlung.

5. Durchführung der Begleitung

Die im Rahmen der Fallstudien durchgeführten Interviews dienen der Erfassung der subjektiven Perspektive der involvierten Personen hinsichtlich des Krankenhausaufenthalts und der Begleitung. In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der Fallstudien entsprechend dem zeitlichen Ablauf der Krankenhausaufenthalte dargestellt. Die Ergebnisse werden beginnend mit dem Zugang und den Bewilligungsverfahren über den Verlauf und den Umfang der erfolgten Begleitung bis zum Ende der Krankenhausbehandlung präsentiert.

Bevor die Ergebnisse anhand des zeitlichen Ablaufs beschrieben werden, werden sie den Kriterien des „Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen“ (Beschluss G-BA)¹⁴⁵ zugeordnet. Die Richtlinie formuliert Kriterien und Zwecke der Begleitung aus medizinischen Gründen.

Entsprechend den Forschungsfragen des **Moduls 3: Durchführung der Begleitung** soll beantwortet werden:

- Welche Tätigkeiten werden im Krankenhaus von den Begleitpersonen verrichtet?
- In welchem zeitlichen Umfang erfolgt die Begleitung?
- Wie ist die Abgrenzung zu den vom Krankenhauspersonal zu übernehmenden pflegerischen Tätigkeiten sichergestellt?
- Wie erfolgt die Abstimmung zwischen Krankenhauspersonal und Begleitpersonen?
- Wird durch die Begleitung der Patientin bzw. des Patienten mit Behinderung das Ziel erreicht, dass die Durchführung der Krankenhausbehandlung sichergestellt ist?

Die praktische Abgrenzung von pflegerischen Tätigkeiten zu den Tätigkeiten der Begleitpersonen kann teilweise aus Perspektive der Begleitung bzw. der Menschen mit Behinderungen beantwortet werden. Aus den im Kapitel 2.3 genannten Gründen war es nicht möglich, Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser in die Fallstudien einzubeziehen. Ihre Perspektive wurde stattdessen in den Fokusgruppen dargestellt.

Die Resultate der Fallstudien werden jeweils differenziert nach den Erfahrungen der Menschen mit Behinderungen und der Begleitpersonen dargestellt. Zu diesem Zweck erfolgte eine Zuordnung der Fallstudien, die mehr als ein Interview umfassen, zu den Perspektiven der Beteiligten. Potenzielle Diskrepanzen innerhalb dieser Gruppen, beispielsweise in Bezug auf das gewählte Unterstützungsmodell oder unterschiedliche Beeinträchtigungsarten, werden benannt.

Fallstudien, in denen eine Vielzahl von Interviews durchgeführt werden konnten, liefern Erkenntnisse über Abweichungen in den Einschätzungen der begleitenden und der begleiteten Person. Zu Beginn erfolgt eine Vorstellung der betreffenden Personen, wobei der zeitliche Ablauf sowie die Perspektive der Menschen mit Behinderungen und ihrer Begleitpersonen berücksichtigt werden. Die vorliegende Darstellung illustriert die Korrelation zwischen den Resultaten der Fallstudien und den Erfahrungen

¹⁴⁵ Online: [Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses](#) 2022 – geprüft am 13.10.2025

der anderen Beteiligten. Im Anschluss erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Fallstudien in einem separaten Abschnitt. An dieser Stelle sind die Ziele:

1. Die Perspektiven der Menschen mit Behinderungen mit der der Begleitpersonen gegenüberzustellen und so gemeinsame und abweichende Erfahrungen zu verdeutlichen.
2. Die Unterschiede in den Einschätzungen des Prozesses und der Rolle der Begleitung in Bezug auf die Tätigkeiten und dem Umfang der Begleitung darzustellen.

Die Ergebnisse im Rahmen der Fokusgruppengespräche werden jeweils in einem separaten Unterkapitel beschrieben, um den verschiedenen Feldzugängen Rechnung zu tragen (s. Vorgehen). Die Fallstudien wurden in unterschiedlichem zeitlichem Abstand zur Krankenhausbehandlung durchgeführt, in einigen Interviews ($n=7$) ist die Begleitung vor dem Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Regelung erfolgt. In anderen Interviews ($n=7$) wird über wiederholte Episoden im Krankenhaus berichtet, wobei 21 Fallstudien zusätzlich von Krankenhausaufenthalten in der Vergangenheit berichten, um den letzten Krankenhausaufenthalt besser zu beschreiben. Zudem unterscheidet sich die regionale Verteilung und Fallzahl erheblich. Auch die Schwere der Beeinträchtigung variiert stark. Der Anlass des Aufenthaltes wurde im Gesprächsleitfaden nicht systematisch abgefragt.

5.1 Fallgruppen nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss nennt Kriterien, die eine medizinische Notwendigkeit für die Begleitung im Krankenhaus darstellen. Die beschlossene Richtlinie unterscheidet zwischen drei Fallgruppen (siehe Tabelle 4.1). In den Interviewprotokollen sind Angaben zur Beeinträchtigung unterschiedlich dokumentiert. In zwei Fällen wird u.a. auf den Pflegegrad verwiesen, oft werden die Beeinträchtigungen nur beschrieben. Das heißt die Ergebnisse der Fallstudien geben nicht in allen Fällen Auskunft über die Schwere der Beeinträchtigung. Liegen Angaben vor, so spiegelt dies die Einschätzung der Gesprächsteilnehmer*innen wider. Die Zuordnung der Fallstudien zu den Fallgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses beleuchtet die Fragestellung, ob in den Fallstudien eine empirische Nachvollziehbarkeit besteht, die es ermöglicht, die Kongruenz des Inhalts der Begleitung mit den durch die beschlossene Richtlinie verfolgten Zwecken der Fallgruppe zu verifizieren. Die Zuordnung wurde anhand der dokumentierten Inhalte vorgenommen.

Der Fallgruppe 1 wurden 45 Fallstudien zugeordnet. Die Angaben, die dokumentiert sind, lassen auf Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern und Orientieren im Alltag schließen. In vier Fällen wurde die Diagnose Autismus genannt. Zur besseren Einordnung der Ergebnisse beschränkt sich die Darstellung der Ergebnisse auf die Fallgruppe 1 (incl. 24 Fallstudien, die auch Angaben zum Umgang mit Belastungssituationen beinhalten). Acht der Fallstudien mit mehr als einem Interview sind in dieser Fallgruppe enthalten.

Die Fallstudie 3, in der zwei Interviews geführt wurden, kann den Zwecken nach der Fallgruppe 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zugeordnet werden. Diese Person bezieht Leistungen der Eingliederungshilfe aufgrund einer seelischen Behinderung.

In elf Fallstudien wurden Menschen beteiligt, die Beeinträchtigungen insbesondere bewegungsbezogener Funktionen oder durch andere chronische Erkrankungen haben. Zwei Personen gaben darüber hinaus an, auch beatmet zu werden. In sieben Fällen ist dokumentiert, dass die betroffene Person in der Bewegung des gesamten Körpers erheblich oder fast vollständig beeinträchtigt ist. Diese Fälle wurden der Fallgruppe 3 zugeordnet.

Zwei Personen gaben an, erblindet zu sein, ohne Angaben zu weiteren Beeinträchtigungen zu machen. Diese wurden keiner Fallgruppe zugeordnet.

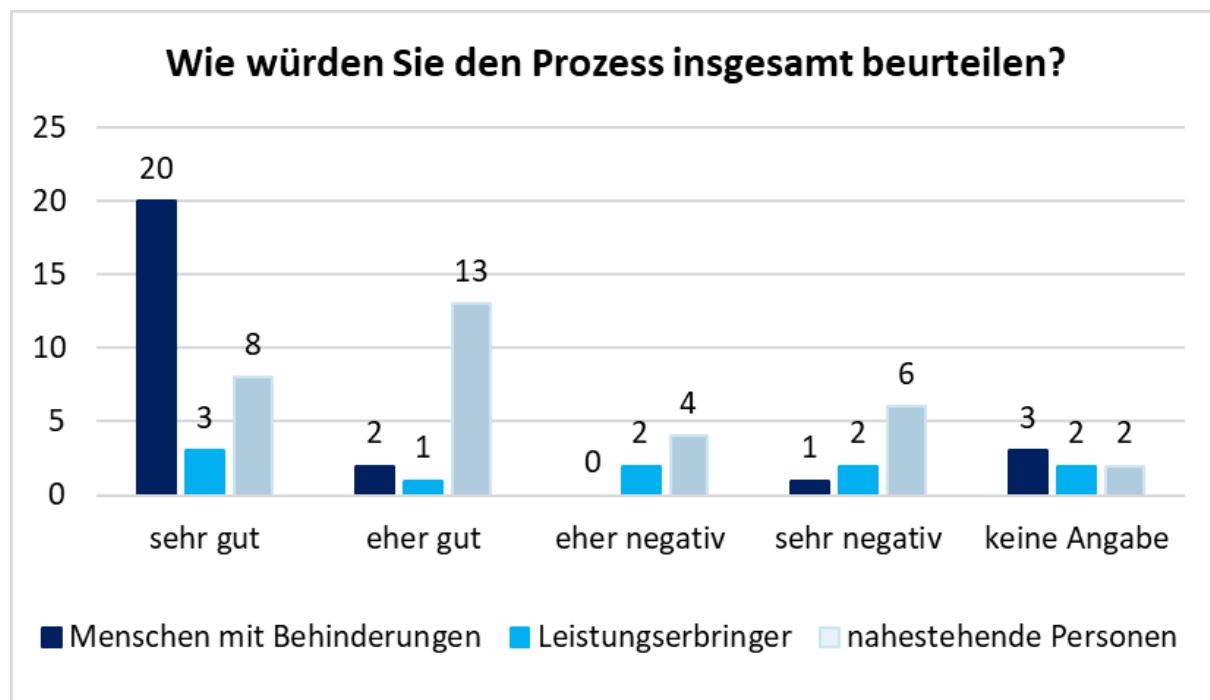
Das Ziel dieser Zuordnung an dieser Stelle ist es, im abschließenden Teil der Ergebnisdiskussion die von außen formulierten Kriterien und Zwecke der Behandlung den Zwecken gegenüberzustellen, die in den Fallstudien durch die Personen selbst benannt wurden.

5.2 Einschätzung des Prozesses der Begleitung

5.2.1 Einschätzungen in den Interviews

Im Rahmen der Interviews wurden die Gesprächsteilnehmer*innen anhand einer Skalierungsfrage gebeten, den Prozess der Begleitung insgesamt zu beurteilen. Diese Einschätzung diente als Referenz zur Vorstellung des Themenkomplexes in den Gesprächen und zeigt erste Unterschiede zwischen den befragten Gruppen. Viele Interviewpartner*innen gaben an, im Vorfeld keine Beratung oder Information über die gesetzlichen Rahmenbedingungen erhalten zu haben. Es scheint daher plausibel, dass sich diese auf den Prozess im Krankenhaus beziehen und die Beratung im Vorfeld nicht als Teil des Prozesses betrachten.

Abbildung 5.1 Beurteilung des Prozesses durch die Interviewteilnehmer*innen



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

Die Menschen mit Behinderungen schätzten den Prozess ihrer Begleitung im Krankenhaus deutlich besser ein als die verschiedenen Begleitpersonen. Lediglich eine betroffene Person bewertete den Prozess sehr negativ. Bei den Begleitpersonen beurteilten die nahestehenden Personen den Prozess insgesamt besser als die Leistungserbringer. Bei Letzteren hielten sich die sehr guten und sehr negativen Erfahrungen die Waage (bei deutlich geringerer Fallzahl).

Diese Unterschiede zeigten sich auch im Rahmen der Fallstudien mit mehr als einem Interview (n=9). Die Menschen mit Behinderungen nahmen den Prozess insgesamt positiver wahr als ihre

Begleitpersonen. Hierbei spielte es keine Rolle, ob die Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld stammten oder bei einem Leistungserbringer der Eingliederungshilfe beschäftigt waren.

5.2.2 Einschätzungen in den Fokusgruppengesprächen

Auf die Frage, wie gut die Begleitung im Krankenhaus funktioniere, antworteten vier Personen der **Interessenvertretung**, dass die Begleitung sehr gut funktioniere. Eine Person schätzte dies weniger gut ein, während eine weitere Person angab, dass die Begleitung nicht gut funktioniere. Als gut wurde die gemeinsame Zeit mit dem begleiteten Angehörigen gewertet und dass es keine Schwierigkeiten in Bezug auf die Rolle der Begleitperson gab. „*Ich bin einfach mitgekommen ... Auch bin ich Betreuerin. Das wurde auch akzeptiert* (FISV_01).“ Die besonderen Wohnformen, in der die begleiteten Personen wohnen, unterstützen auch während der Krankenhausbehandlung. Das hier die Finanzierung nicht geklärt sei, wurde durch die Teilnehmenden kritisch gesehen.

Seitens der **Leistungserbringer** gaben vier Personen an, dass die Begleitung als eher gut wahrgenommen werde, und eine Person schätzt diese als sehr gut ein. Im Fokusgruppengespräch mit vier Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers wurde auf die Bedeutung der Vorbereitung eingegangen. Es gebe einen Vorbereitungsbogen für die Klient*innen. Dieser sichere alle relevanten Informationen. „*Wir beraten und erklären viel und klären auch Irrtümer auf, wenn Informationen verloren gehen* (FLE_02).“

Im Rahmen des Fokusgruppengesprächs mit dem **Krankenhauspersonal**, an dem zwei Personen teilnahmen, wurde die Begleitung als sehr gut eingeschätzt. Im Rahmen des zweiten Fokusgruppengesprächs, an dem 13 Teilnehmende beteiligt waren, wurde die Frage differenzierter beantwortet. Die Teilnehmer*innen bezogen sich in ihrer Bewertung auf die Vorbereitung, Begleitung an sich und die Durchführung der Begleitung, also den Prozess. In Bezug auf die Vorbereitung schätzen elf Personen die Begleitung als sehr gut oder eher gut ein. Die Begleitung wurde von zwölf Personen, als sehr gut oder eher gut einschätzt. Bezüglich des Prozesses gaben drei Personen an, diesen als sehr gut wahrzunehmen, sechs als eher gut und jeweils eine Person als weniger gut bzw. nicht gut. Es sei wichtig zu berücksichtigen, dass es bei Akutsituationen keine Vorbereitung gebe, daher fehlten hier oft Informationen, auch weil in diesen Situationen oft noch keine Begleitung dabei sei. Während des Aufenthaltes würden die Begleitpersonen sowohl pflegerische Aufgaben übernehmen als auch dabei unterstützen, sich an das neue Setting im Krankenhaus zu gewöhnen. Damit würde die Begleitung dazu beitragen, dass kein „*Lagerkoller*“ (FKH_02) aufkomme.

Zwei der Teilnehmer*innen in den Fokusgruppengesprächen mit den **Leistungserbringern** machten Angaben dazu, wie sie den Prozess insgesamt beurteilen. Eine Teilnehmer*in beurteilt den Prozess insgesamt als sehr gut: „*Wenn wir der EGH Bescheid geben, kommen keine Fragen* (FLE_01).“ Ein weiterer Teilnehmer gab an, dass dies situationsabhängig sei. Nach seiner Erfahrung komme es darauf an, wie das Krankenhaus funktioniere und wie lange etwas dauere.

5.3 Zugang und Bewilligungsverfahren

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse im Bereich der Information und Beratung vor dem Krankenhausaufenthalt betrachtet. Thematisch lassen sich drei Schwerpunkte unterscheiden.

1. Informationen über die Gesetzesänderung an sich.
2. Beratung durch die Träger der Eingliederungshilfe und die Krankenkasse.
3. Bewilligungsverfahren durch die Träger der Eingliederungshilfe.

5.3.1 Information und Beratung

23 der 26 interviewten **Menschen mit Behinderungen** berichteten über ihren Informations- und Beratungsstand vor der Krankenhausbehandlung.

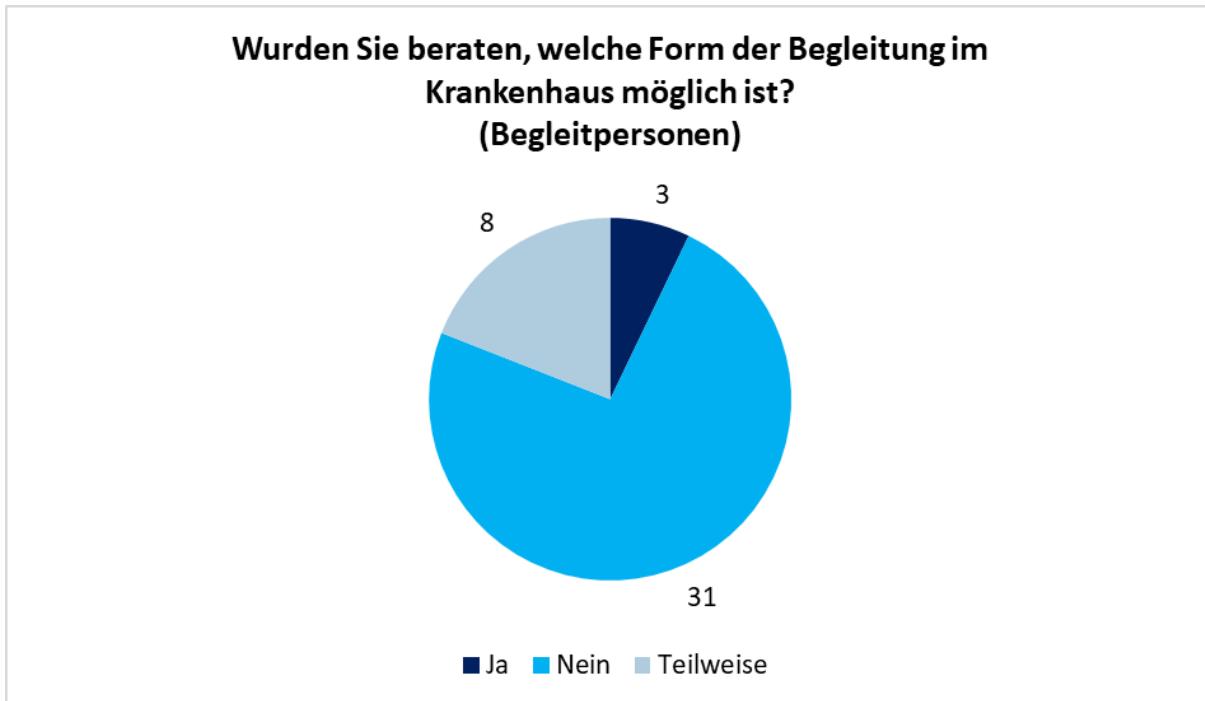
In fast der Hälfte (n=12) der Interviews mit den Menschen mit Behinderungen wurde deutlich, dass diese nicht über die Information verfügten, dass eine Begleitung im Krankenhaus möglich ist bzw. dass sich die Gesetzesgrundlage im Jahr 2022 änderte. Die Begleitperson sei „*einfach mitgekommen*“ (MmB_FS60). Drei Personen machten keine Angaben.

Die Menschen mit Behinderungen, die diese Informationen im Vorfeld der Behandlung hatten, berichteten, sie hätten diese aus dem Kontext ihrer beruflichen Tätigkeit, z. B. als Peer-Berater*in, oder sich durch eine eigene Recherche im Vorfeld (n=7) angeeignet. Beratungsstellen wie die EUTB® wurden von drei Personen als Informations- und Beratungsquelle benannt. Eine Person wurde durch den Träger der Eingliederungshilfe informiert.

42 der 43 interviewten **Begleitpersonen** berichteten über ihren Informations- und Beratungsstand vor der Krankenhausbehandlung. Begleitpersonen, die sich nicht informiert sahen (n=16), beschrieben, sie hätten die Person bereits vor der gesetzlichen Regelung begleitet und diese Begleitung unabhängig von der neuen gesetzlichen Regelung fortgesetzt. „*Davon wusste ich nichts*“ (B_FS62).“ Neun weitere Begleitpersonen gaben an, die Möglichkeit einer Begleitung im Vorfeld der Behandlung selbst recherchiert zu haben (n=9). Zwei Begleitpersonen haben die Informationen seitens des Trägers der Eingliederungshilfe oder der Krankenkasse erhalten. Teilweise seien diese aber erst „*im Nachgang*“ und „*auf Nachfrage*“ (B_FS5) erteilt worden.

Weitere acht Begleitpersonen beschreiben einen Kontakt zu den am Prozess beteiligten Akteuren, jedoch keine Beratung: „*So direkt wurde ich nicht beraten. Ich hatte mich mit dem Krankenhaus im Vorfeld unterhalten. Als ihre Situation bekannt war, war das auch klar, dass ich mitkomme*“ (B_FS59).“ Ebenfalls genannt wurden andere Wege, sich zu informieren: „*Als Mitglieder der Lebenshilfe hier gab es mal eine Form der Info*“ (B_FS44).“ Zwei Begleitpersonen, die bei einem Leistungserbringer der Eingliederungshilfe arbeiten, gaben an: „*Die Notwendigkeit der Begleitung wurde uns vom Krankenhaus mitgeteilt.*“ (LE_FS9).“ Zwei weitere berichteten, sie seien intern informiert worden. Ein Leistungserbringer wurde durch seinen Dachverband beraten. Ein anderer berichtete, es gebe eine Arbeitszeitregelung bei seinem Träger. Von dem neuen „*Gesetz haben wir durch die Interviewanfrage erfahren*“ (LE_FS61).“

Abbildung 5.2 Beratungen der Begleitpersonen



Quelle: Leitfadeninterviews, n=42. Eigene Darstellung.

Unterschiede im Informationsstand zeigen sich in Abhängigkeit von der Rolle und dem Hintergrund der Begleitpersonen. Personen aus dem persönlichen Umfeld gaben an, nicht oder kaum durch Leistungsträger beraten oder informiert worden zu sein. Die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe sind teilweise über die gesetzlichen Änderungen informiert (n=6).

Ein Mensch mit Behinderungen wurde durch den Träger der Eingliederungshilfe beraten, der andere Teil gab an, nicht informiert gewesen zu sein oder eine Beratung erhalten zu haben (n=12). Die dritte Gruppe von interviewten Menschen mit Behinderungen (n=7) informierte sich selbst oder kannte die gesetzliche Änderung aus ihrer beruflichen Tätigkeit. Die anderen vier Personen gaben an, Beratungsstellen (n=3) genutzt zu haben oder durch den Leistungsträger informiert worden zu sein.

5.3.2 Kontakt zu Leistungsträgern und Bewilligungsverfahren

In insgesamt 13 der 62 Fallstudien ist dokumentiert, dass die Begleitung im Krankenhaus ein Notfall war. In diesen Fällen gab es im Vorfeld der Begleitung keinen Kontakt zu den Leistungsträgern.

Sechs der **Menschen mit Behinderungen** berichteten über einen Kontakt mit der Krankenkasse. Es wurde von Schwierigkeiten in Bezug auf die Begleitung durch Assistenzteams¹⁴⁶ berichtet. So wurde zum Beispiel in einem Interview die Rolle und Aufgabe eines Intensivpflegeteams angesprochen. Das Assistenzteam habe neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen auch die Aufgabe, das Beatmungsgerät zu überwachen. Dieses Team durfte nicht mit ins Krankenhaus, „da das Krankenhaus die Pflege sicherstellen sollte (MmB_FS33).“

¹⁴⁶ Assistenzteams wurden in den Interviews in Zusammenhang mit verschiedenen Leistungsarten beschrieben. In einer Fallstudie wird ein Intensivpflegeteam benannt. Die Leistungsart, Dienst- oder Geldleistung geht aus den Protokollen nicht immer hervor, auch sind verschiedene Leistungsträger möglich. Diese wurden jedoch nicht erhoben. Persönliche Budgets sind als diese benannt, wenn eindeutig ist, dass es sich um ein Persönliches Budget handelt.

Zwei Personen berichteten andere Erfahrungen mit der Krankenkasse: „*die Krankenkasse [ist] hier immer unkompliziert. Das funktioniert alles gut* (MmB_FS64).“

Vier der 29 interviewten **Menschen mit Behinderungen** berichteten von einem Kontakt mit dem Träger der Eingliederungshilfe. Eine Person gab an, die Pflegekasse kümmere sich um ihr Budget. Inhaltlich ging es überwiegend um Fragen der möglichen Begleitung und des Umfangs der Begleitung (n= 3).

Eine andere Person erfuhr durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe Unterstützung. In dieser Fallstudie konnte mehr als ein Interview realisiert werden. Der Krankenhausaufenthalt wurde im Vorfeld geplant, und der Träger der Eingliederungshilfe hat die benötigte Stundenanzahl der Begleitung mit der leistungsberechtigten Person abgesprochen.

Von den 29 **Menschen mit Behinderungen**, die in den Fallstudien interviewt wurden, wurde die Bewilligung in elf Interviews thematisiert. In einer Fallstudie wurde für die Behandlung im Krankenhaus ein persönliches Budget bewilligt. In den anderen Fällen berichteten die Personen, die eine persönliche Assistenz nutzen, folgendes:

- In zwei Fällen war es nicht möglich, Begleitpersonen, die im Alltag unterstützen, mit ins Krankenhaus zu nehmen. Hier begleiteten Personen aus dem persönlichen Umfeld.
- In zwei Fällen liegt ein Widerspruch gegen den Träger der Eingliederungshilfe vor, da dieser den Umfang der Leistung kürzte, als er erfuhr, dass die Person im Krankenhaus war.
- In einem Fall habe der Dienstleister einen Teil der Kosten selbst getragen. Es gebe zwar einen Gesamtplan, in dem der Bedarf auch im Falle eines Krankenhausaufenthaltes festgehalten ist, dennoch habe es Schwierigkeiten mit der Eingliederungshilfe gegeben.
- In einem anderen Fall wurde berichtet, Mitarbeiter*innen des Assistenzteams hätten lediglich stundenweise am Tag der Aufnahme begleitet, da diese als Pflegekräfte des Assistenzteams „*nicht mit ins Krankenhaus [dürfen]*“ (MmB_F31). Als Grund wurden die Regelungen zwischen der Eingliederungshilfe, der Krankenkasse und der Pflegeversicherung genannt.
- Eine Person gab an, sie habe die Assistenz „über die vereinbarten Stunden selbst bezahlt. Von der Eingliederungshilfe kam da nichts (MmB_FS18).“
- In den anderen Fallstudien wurde nicht näher darauf eingegangen, da die Assistenz aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen ihre Arbeit an einem anderen Ort leistete. Zum Beispiel meldeten einige Personen den Aufenthalt nicht beim Leistungsträger, da dies aus ihrer Perspektive nicht nötig sei.

Zwei dieser elf Personen berichteten an dieser Stelle von Schwierigkeiten. Eine Begleitperson habe in einem vorherigen Aufenthalt ein anderes Zimmer gehabt, so dass die Personen nur durch ein „*Babyphon*“ (MmB_FS46) verbunden waren. Eine andere Person berichtete von einem höheren Bedarf im Krankenhaus, da diese oft nicht barrierefrei seien.

Die **Begleitpersonen** wurden in den Interviews auch gefragt, wie ihre Begleitung finanziert wurde und ob im Zuge der Bewilligung Schwierigkeiten mit der Krankenkasse oder dem Träger der Eingliederungshilfe aufgetreten sind. Elf Begleitpersonen gaben an, keinen Kontakt zur Krankenkasse oder zum Träger der Eingliederungshilfe gehabt zu haben. Zwei dieser Begleitpersonen waren Mitarbeiter*innen der Leistungserbringung und gaben an, dass sie „*dazu nichts sagen* (LE_FS9)“

könnten oder sie das bisher gesondert „*nicht beantragt*“ (LE_Fs61) hatten. Zwei Angehörige ließen sich für den Zeitraum der Begleitung krankschreiben bzw. nahmen Urlaub.

Elf Begleitpersonen äußerten sich zu einem Kontakt mit der Krankenkasse. Acht der Begleitpersonen thematisierten in diesem Zusammenhang das Krankengeld gem. § 44b SGB V. Zwei Begleitpersonen gaben an, dass dies funktionierte, auch weil sie sich im Vorfeld informiert hatten. In zwei Fällen wurde darüber gesprochen, allerdings ohne weitere Relevanz für die Begleitpersonen, da diese bereits berentet waren. In zwei weiteren Fällen wurden finanzielle Fragen mit der Krankenkasse thematisiert, allerdings sind diese Fälle inhaltlich dem § 11 SGB V zuzuordnen, da es hierbei um die Kostenübernahme des Krankenhausaufenthaltes geht. In einem Interview gab es dabei Schwierigkeiten mit der Krankenkasse, da diese nach Einschätzung der Begleitperson nicht wusste, wie in diesem Fall zu verfahren sei. Eine weitere Begleitperson gab an, die Leistung nicht beantragt zu haben.

Eine Person, bei der die Kosten des Aufenthaltes nach § 11 SGB V übernommen wurden, gab an, über die Möglichkeit des Krankengeldes informiert worden zu sein. Sie war zum Zeitpunkt der Begleitung allerdings berentet, daher traf dies nicht auf sie zu. Von den o.g. 11 Personen berichteten fünf Personen, dass es keine Schwierigkeiten gab: „*Die Krankenkasse hat jedes Mal das Bett und die Verpflegung übernommen. Das war kein Thema*“ (B_Fs12).“ Weitere sechs Personen berichteten von Schwierigkeiten, denen sie im Kontakt mit der Krankenkasse begegnet sind. „*Die Krankenkasse hat jedoch meine Aufnahme im Krankenhaus abgelehnt. Hier läuft momentan noch ein Widerspruch. Eine Form der Beratung, welche Modalitäten man da zu gehen hat, fand nicht statt. Dies bedeutet, dass ich noch auf den Kosten sitzen bleibe. Ich habe da, glaube ich, etwas falsch gemacht, auch wenn ich das richtig machen wollte*“ (B_Fs15).“

Zum Kontakt mit dem Träger der Eingliederungshilfe äußerten sich 16 Begleitpersonen. Vier beschrieben diesen als positiv: „*Wir geben bei der Bedarfsermittlung direkt an, dass wir die Begleitung im Krankenhaus dringend benötigen. Das wird dann auch bewilligt. Das Fallmanagement ist da sehr kooperativ, und wir haben einen guten Kontakt*“ (LE_Fs30).“ In einem weiteren Fall gab die Mitarbeiter*in an, dass die Begleitung im Gesamtplan festgehalten ist und finanziert wird. Drei der Mitarbeiter*innen gaben an, dass die Vergütung entweder nicht geregelt sei oder sie nicht den gesamten Zeitaufwand vergütet bekommen.

Dagegen beschreiben acht Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld Schwierigkeiten im Kontakt mit der Eingliederungshilfe. Diese stehen zum Beispiel in ihrer Rolle als rechtliche Betreuung, Ratsuchende oder als Personen des Vertrauens im Kontakt mit der Eingliederungshilfe. Ein Angehöriger beschreibt, dass „*die EGH die Zuständigkeit von sich [weist], oder sie sind sich nicht sicher, ob dies möglich ist*“ (B_Fs4).“ Seitens der Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer wurde beschrieben, dass es „*Schwierigkeiten mit dem Kostenträger [gibt], da dieser nicht in allen Fällen die Begleitung als erforderlich ansieht. In einem [anderen] Fall bezahlt ein Klient die Begleitung jetzt selbst, da der Aufenthalt anders nicht möglich wäre*“ (LE_Fs25).“

Die berenteten Angehörigen (n=7) hatten keinen Kontakt zur Krankenkasse, in drei dieser Fälle wurde beschrieben, dass die Aufnahme ohne Probleme verlief. In einem weiteren Fall wurde berichtet, die Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld stehe mit der Krankenkasse in Kontakt, wobei die Übernahme der Kosten für die Aufnahme und den Aufenthalt nach § 11 SGB V (noch) nicht abschließend geklärt wurde. Die Begleitperson war ebenfalls berentet, daher gibt es auch keinen Anspruch auf Krankengeld nach § 44b SGB V.

In neun Fällen wurden andere Wege beschritten, als vom Gesetzgeber intendiert:

- Zwei Personen berichten, dass sie „*unter „Kind krank“ an die Krankenkasse*“ (B_FS41) gemeldet wurden.
- Zwei Personen finanzierten die Begleitung aus eigenen Mitteln. Eine dieser Personen wurde später vom Sozialdienst des Krankenhauses auf den Anspruch einer Begleitung hingewiesen (B_FS2).
- Eine Person hat sich „*als Begleitung bei der Krankenkasse registrieren lassen*. Ich wollte mich informieren über mögliche Unterstützungen, wurde hier aber abgewiesen, so dass keinerlei Beratung oder Information stattfand (B_FS8).“
- „*Die gesetzliche Grundlage zur Begleitung gab es zum Zeitpunkt der stationären Behandlung noch nicht, [...] eine Rechnung für meinen Aufenthalt wurde nie gestellt* (B_FS10).“
- In einem Fall wurde es „*über eine Krankschreibung*“ gelöst (B_FS11).
- In einem Fall [stellte] „*die Wohngruppe auf eigenes Risiko 30 Stunden bereit* (B_FS13).“
- Eine weitere Person berichtet, dass sie „*über die Einrichtung bezahlt [wurde]*. Diese wartet allerdings immer noch auf Ihr Geld der Eingliederungshilfe. Die Krankenkasse hat jedoch meine Aufnahme im Krankenhaus abgelehnt. Hier läuft momentan noch ein Widerspruch (B_FS15).“

Unterschiede bezüglich des Kontaktes zu Leistungsträgern gab es hinsichtlich der Frage, wer die Begleitung durchführte. Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld, bei denen die Krankenkasse im Falle eines Lohnausfalls zuständig ist, gaben in zwei Fällen an, diesen auch erhalten zu haben. In einem weiteren Fall wurde der Antrag abgelehnt, in einem anderen Fall war das Verfahren noch nicht abgeschlossen. Menschen, die in einer besonderen Wohnform wohnen und dort Assistenzleistungen nach dem SGB IX in Anspruch nahmen, wurden dennoch überwiegend von Personen aus dem persönlichen Umfeld begleitet. Nach Einschätzung der Begleitpersonen könnten Leistungserbringer der Eingliederungshilfe mit besonderen Wohnformen die Begleitung nicht in dem gebrauchten Umfang leisten.

Teilweise wechselten sich die Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld und die Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer ab. Dies beschreiben zwei Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld, die im Krankenhaus begleiteten, und vier Mitarbeiter*innen von Leistungserbringern.

5.3.3 Information, Beratung und Bewilligung aus Sicht der Fokusgruppen

Die sechs Teilnehmer*innen der Fokusgruppensprache der **Interessenvertretung** berichteten, dass sie niemand über die Begleitung im Krankenhaus informiert habe. So wie sich die Situation gestaltete, wurden die Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld ohne weitere Aufklärung mit aufgenommen, z.B. weil das Krankenhaus dies voraussetzte. „*Ich war erst in der ambulanten Behandlung. Da kam raus, dass das nur stationär geht. Da wurde direkt gesagt, dass ich auf jeden Fall mitgehen muss, da das sonst nicht funktioniert. Ich sollte die „Sitzwache“ übernehmen. Das Krankenhaus hätte das nicht leisten können* (FISV_02).“

Darüber hinaus gaben die sechs Teilnehmer*innen an, dass sie hinsichtlich der Möglichkeit einer Begleitung im Krankenhaus nicht beraten wurden. „*Ich wurde auch nicht beraten. Eher andersrum.*

Da gab es den Vorwurf, weil ich mich im Vorfeld nicht gekümmert hatte (FISV_01).“ Zwei der Teilnehmer*innen gaben an, dass sie den Krankenhausaufenthalt im Vorfeld organisieren konnten, während vier Personen angaben, dass die Aufnahme spontan erfolgte. Zwei der Teilnehmer*innen beschrieben die Aufnahme explizit: „*das waren Notfälle. Da konnte man nichts organisieren* (FISV_03).“ Hinsichtlich der Entscheidung, wer die Person ins Krankenhaus begleiten sollte, gaben alle sechs Teilnehmer*innen an, dass dies bereits im Vorfeld klar sei bzw. dass „*sich diese Frage [nicht] stellte* (FISV_01).“

Vier der Teilnehmer*innen machten Aussagen bzgl. des Verfahrens bzw. des Kontakts mit der Krankenkasse. Die Teilnehmer*innen berichteten, dass die Krankenkasse nicht „*darauf aufmerksam gemacht habe, nicht dazu beraten* (FISV_01)“ habe. In der anderen Fokusgruppe wurde die Situation anders eingeschätzt. „*[Das] mit der Krankenkasse [habe] irgendwie funktioniert* (FISV_02).“ Von Schwierigkeiten wurde in diesem Zusammenhang nicht berichtet. Eine Teilnehmer*in gab an, den Aufenthalt über Krankschreibung und Urlaubstage geregelt zu haben (FISV_02).

Drei der Teilnehmer*innen der Fokusgruppengespräche der **Mitarbeiter*innen der Leistungserbringung** gaben an, dass sie im Vorfeld von der Möglichkeit einer Begleitung erfahren haben, wobei zwei der Teilnehmer*innen berichteten, dass sie „*das einfach gemacht [haben]* (FLE_02).“ Eine Person gab an, dass sie von ihrer Teamleitung hierzu informiert wurde.

Im Rahmen des Fokusgesprächs mit vier Teilnehmer*innen (FLE_02) wurde die Angabe gemacht, dass keine Beratung stattfand. In dem anderen Fokusgruppengespräch wurde berichtet, dass der Leistungserbringer eine Vereinbarung mit dem Träger der Eingliederungshilfe darüber hat, dass sie die Person im Krankenhaus begleiten dürfen, „*abzüglich der Arbeit an Zielen, die im Krankenhaus nicht erreichbar sind* (FLE_01).“

Hinsichtlich der Frage, wer die Person ins Krankenhaus begleitet, gaben die Teilnehmer*innen der Leistungserbringung an, dass dies einerseits vom Dienstplan abhängig sei, andererseits achte man darauf, dass jemand mitgeht, der eine gute Beziehung zu der Person habe.

Bezüglich möglicher Schwierigkeiten mit der Krankenkasse oder dem Träger der Eingliederungshilfe gaben die Teilnehmer*innen einer Fokusgruppe an, dass es keinen Kontakt gab, allerdings auch keine Schwierigkeiten. Die Teilnehmer*in der anderen Fokusgruppe gab an, mit dem Träger der Eingliederungshilfe sei man im Kontakt über die Anzahl der zu leistenden bzw. abrechenbaren Stunden (FLE_01).

Im Fokusgruppengespräch mit zwei **Mitarbeiter*innen des Krankenhauses** (FKH_02) wurde berichtet, dass sich die Aufnahmeabteilung darum kümmert, dass eine Begleitung mitkommen könne bzw. die Mitarbeiter*in eine kurze Nachricht über die Notwendigkeit der Begleitung an die Krankenkasse meldete. In diesem Zusammenhang seien bisher keine Schwierigkeiten aufgetreten.

5.3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus Perspektive der befragten **Menschen mit Behinderungen** unterscheidet sich das Wissen um die Möglichkeit der Begleitung abhängig davon, welche Beeinträchtigungen benannt wurden und durch wen sie begleitet wurden.

Menschen mit Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern und Orientieren im Alltag waren kaum oder gar nicht über die gesetzlichen Änderungen informiert. Hier erfolgte die Organisation und Abstimmung mit den Leistungsträgern in der Regel in enger Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringens, sofern ein Leistungserbringer beteiligt war.

Eine Person, die Assistenzleistungen außerhalb der besonderen Wohnform aufgrund einer Behinderung in Folge einer seelischen Beeinträchtigung bezieht, sah sich vor allem durch den Träger der Eingliederungshilfe unterstützt.

Menschen mit Beeinträchtigungen beim Bewegen, durch andere chronische Erkrankungen oder mit Sinnesbeeinträchtigungen, die eine Form der persönlichen Assistenz nutzen, beschreiben verschiedene Schwierigkeiten im Kontakt mit den Leistungsträgern. Auch gaben diese zugleich an, über die gesetzlichen Grundlagen informiert zu sein.

Das Bewilligungsverfahren wurde unterschiedlich eingeschätzt. Aus Sicht der Begleitpersonen trugen eine Beratung und Informationen im Vorfeld wesentlich zur Vereinfachung bei, soweit diese stattfand.

Die fehlenden Regelungen in den Landesrahmenverträgen (s. rechtswissenschaftliche Analyse) lassen jedoch keine abschließende Aussage zu, wie oder ob die Fälle beschieden wurden. In den Fokusgruppeninterviews mit den Leistungserbringern wurde auf diesen Punkt nochmal vertiefend eingegangen.

Von den Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld waren sieben Personen berentet. Die Aufnahme wurde übernommen, ein Anspruch auf Lohnausfall besteht bei diesen Personen entsprechend nicht. In zwei Fällen wurde der Lohnausfall durch die Krankenkasse refinanziert. In zwei Fällen gab es Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Zahlung des Lohnausfalls. „*Doch das mit dem Lohnersatz klappte nicht, da unser Sohn derzeit keine EGH-Leistung erhält. Deshalb habe ich es aufgegeben und die Situation über Überstunden gelöst (B_FS19).*“

Wenn die Träger der Eingliederungshilfe im Vorfeld der Begleitung eingebunden waren, wurde der Prozess als hilfreich erlebt, auch wenn diese zum Teil erst von der Notwendigkeit überzeugt werden mussten. „*Man muss aber auch sagen, dass die Teilhabemanagerin als Fürsprecherin der Klientin agierte. Dies erleichterte alles sehr (LE_FS3).*“

5.4 Die Begleitung im Krankenhaus

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Rolle und den wahrgenommenen Aufgaben der Begleitpersonen während des Krankenhausaufenthaltes.

Von den 26 an der Studie teilnehmenden **Menschen mit Behinderungen** wurden neun Personen durch Formen der persönlichen Assistenz begleitet, wobei diese in zwei Fallstudien nur stundenweise im Krankenhaus begleitete.

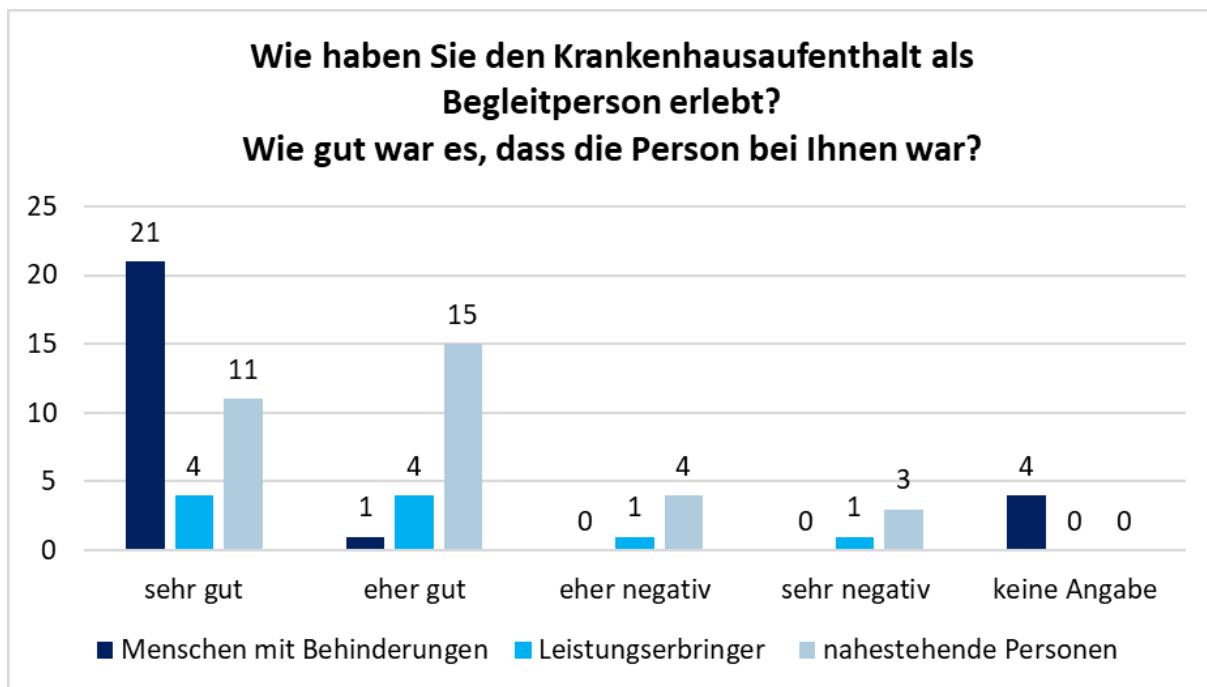
Zwei Personen, die eine persönliche Assistenz im Alltag nutzen, gaben an, sie seien durch Personen aus dem persönlichen Umfeld begleitet worden.

Neun Menschen mit Behinderungen wurden von Personen aus dem persönlichen Umfeld begleitet. Zwei weitere Menschen mit Behinderungen gaben an, von Mitarbeiter*innen der besonderen Wohnform begleitet worden zu sein, zwei Personen machten keine Angaben, wer sie begleitete.

Die 26 Interviews mit Menschen mit Behinderungen betreffen 18 Fallstudien (siehe Abschnitt 5.5).

Die Gesamtbewertung der Begleitung ergibt eine sehr positive Einschätzung durch die begleitete Person, während die Begleitpersonen in ihrer Bewertung zurückhaltender sind.

Abbildung 5.3 Gesamtbewertung (n=69)



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

5.4.1 Rolle der Begleitpersonen

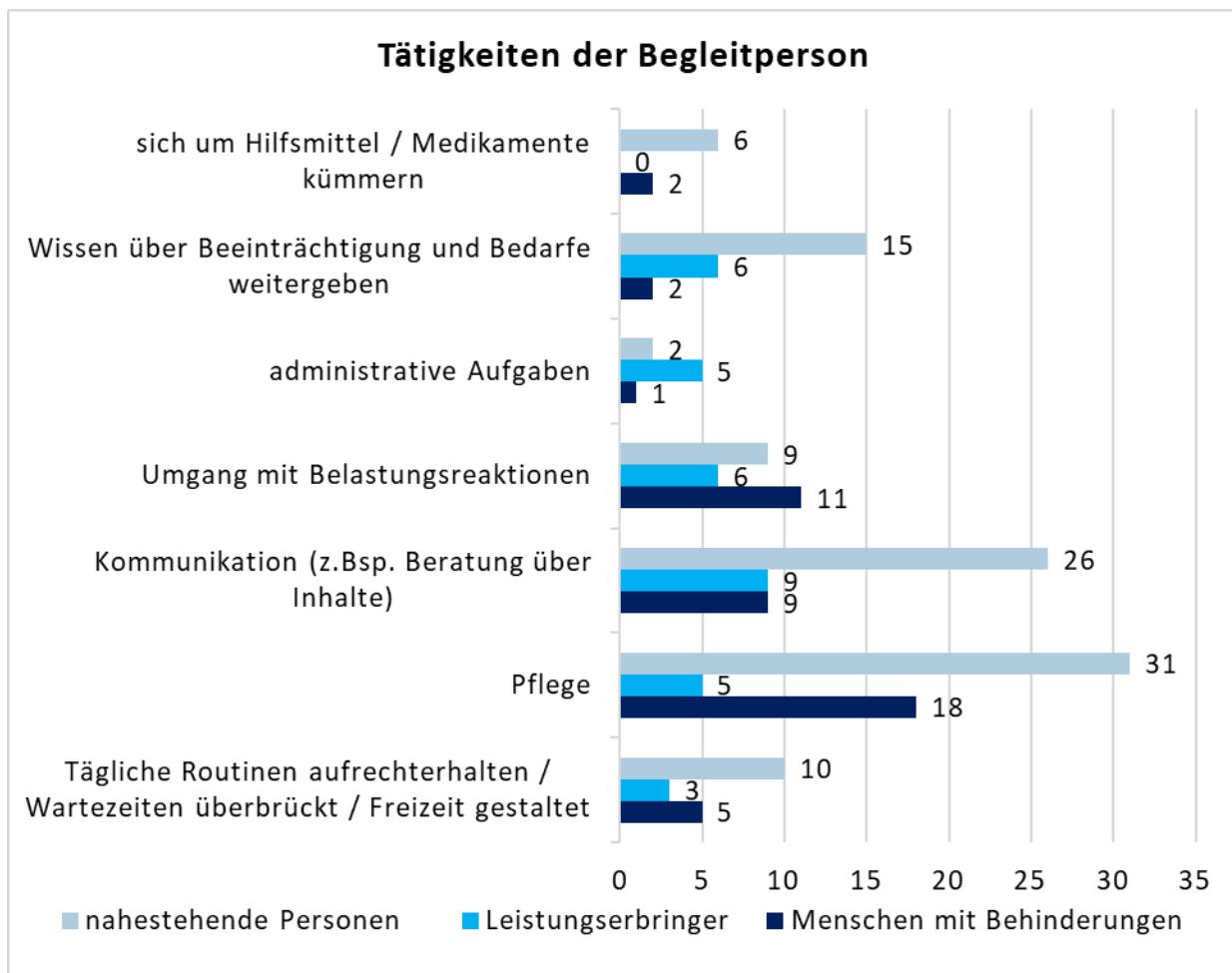
Die Rolle der Begleitpersonen wird in zwei Schritten vorgestellt. Zu Beginn wird berichtet, welche Tätigkeiten sie während ihrer Begleitung übernahmen. Im Anschluss sind die Ergebnisse dargestellt, in welchem Umfang sie die Menschen mit Behinderungen während des Krankenhausaufenthalts begleiteten.

5.4.1.1 Aufgaben und Tätigkeiten der Begleitpersonen

24 der 26 interviewten **Menschen mit Behinderungen** berichteten, wie die Begleitung im Krankenhaus konkret ablief. Dabei ist der Umfang der Angaben sehr unterschiedlich, Menschen, die im Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren im Alltag beeinträchtigt sind, gaben oft nur wenige Stichworte an.

Am häufigsten wird die Übernahme oder Begleitung von pflegerischen Tätigkeiten (n=18) beschrieben, gefolgt von einer Unterstützung im Bereich der Kommunikation (n=9). „*Im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten hat sie ebenfalls unterstützt, da für eine Blinde alles angesagt werden muss. Das macht im Krankenhaus keiner. Hier hatte meine Assistenz eine vermittelnde und erklärende Rolle* (MmB_FS18).“ Die emotionale Unterstützung, wie Ängste nehmen, Mut zusprechen oder die Person in ihrer Entscheidung zu bestärken, wurde von elf Personen beschrieben: „*Auch tut es gut, wenn jemand dabei ist. Psychisch wäre ein Aufenthalt ohne Assistenz nicht machbar* (MmB_FS64).“ Angaben in diesem Zusammenhang wurden der Kategorie „Umgang mit Belastungssituationen“ zugeordnet. Eine Unterstützung im Bereich der Tages- oder Freizeitgestaltung wurde von fünf Personen beschrieben.

Abbildung 5.4 Übersicht über die Tätigkeiten der Begleitpersonen (n=69; Mehrfachnennungen)



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

Von den Interviewten machten 17 Personen Angaben dazu, was für sie noch hilfreich gewesen wäre. Über die Hälfte dieser Angaben (n=10) bezogen sich auf eine personelle Unterstützung. Hauptsächlich wurde nochmals die Wichtigkeit der vorhandenen Begleitung betont. Weitere Beispiele in diesem Zusammenhang sind: „*Es wäre gut, wenn man am Anfang eine Person hat, die alles koordiniert*“ (MmB_FS17), sowie „*wenn das Klinikpersonal besser geschult wäre im Umgang mit behinderten Menschen – auf Augenhöhe und ganz normal*“ (MmB_FS18). Auch bei den Angaben zu dem, was in Bezug auf die Tätigkeiten als hinderlich empfunden wurde, bezogen sich die meisten Nennungen auf eine personelle Unterstützung (n=11). Ein konkretes Beispiel zu hinderlichen Faktoren in diesem Zusammenhang ist:

„*Nicht alle nehmen sich Zeit für mich. Mich versteht man manchmal schlecht. Und wenn es hektisch wird, wird über meinen Kopf hinweg entschieden. Es kam auch zu einer Situation, in der ich fast gegen meinen Willen operiert worden wäre, weil man mir nicht richtig zugehört hatte. Hier konnte meine Assistentenkraft noch intervenieren*“ (MmB_FS17).“

Von den interviewten **Begleitpersonen** berichteten 33 von den konkreten Tätigkeiten während des Krankenhausaufenthaltes:

31 der Begleitpersonen schätzen im Rahmen der Interviews den Sachverhalt so ein, dass eine Behandlung ohne diese Unterstützung nicht möglich gewesen wäre. „*Wenn sie allein gewesen wäre, hätte sie sich nicht mitteilen können*“ (B_FS39).“

Acht Personen beschrieben darüber hinaus, dass sie als Begleitperson halfen, die Behandlung sicher zu stellen, beispielsweise indem sie verhinderten, dass die Person „*sich alle Schläuche auch aus dem Arm [zieht]*“ (LE_F21).“ Darüber hinaus beschrieben 14 Begleitpersonen, dass sie als Vertrauensperson für die Menschen mit Behinderung da waren und so halfen, mit Belastungssituationen umzugehen. „*Durch die Intervention der Mutter wurde Freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden und Psychopharmaka zur Beruhigung abgesetzt*“ (B_F2).“

Fast alle **Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld** berichten, dass sie die Person im Bereich der Kommunikation unterstützten (n= 26). In diesem Zusammenhang betonten die Begleitpersonen die Wichtigkeit dieser Vermittlerrolle. „*Ich war als Dolmetscherin für meine Tochter tätig. Alles Komplexe habe ich in einfache Sprache übersetzt und Dinge erklärt. Auch habe ich die Bedürfnisse meiner Tochter interpretiert und für alle anderen erklärt*“ (B_F4).“

Dabei wurde auch darauf hingewiesen, dass Menschen mit Behinderungen oft teilweise nicht direkt angesprochen wurden. „*Mit unseren Klienten spricht eigentlich keiner. Man spricht nur mit den Begleitungen. In dem System des Krankenhauses sind keine Kapazitäten da, um die Menschen anders zu behandeln als alle anderen. Da gehen unsere Leute unter*“ (LE_F57).“

In 15 Interviews gaben die Begleitpersonen an, dass sie Wissen oder die Bedarfe an Mitarbeiter*innen des Krankenhauses weitergaben. „*Bei Menschen mit einer Spastik ist es immer sehr schwer, vor allem wenn diese geröntgt werden oder ein CT gemacht wird. Da gibt es wenig bis kein Verständnis, wenn jemand z.B. sein Bein nicht strecken kann*“ (LE_F56).“

Darüber hinaus hat der überwiegende Teil der **Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld** in einem großen Umfang pflegerische Tätigkeiten übernommen (n= 31). „*Ich habe meinen Sohn im Prinzip versorgt. Ich habe ihn gewaschen, umgezogen, ich habe beim Essen geholfen, ich habe die Versorgung (außer die medizinische Versorgung) übernommen*“ (B_F23).“ Eine emotionale Unterstützung wurde von neun Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld beschrieben. Weitere Tätigkeiten, die von der Begleitperson übernommen oder begleitet wurden, waren die Freizeitgestaltung (n= 8) sowie administrative Tätigkeiten (n= 2). Aus Sicht der Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld wurde auch beschrieben, man habe sich um die Hilfsmittel gekümmert, bestimmte Medikamente aus dem persönlichen Vorrat des Menschen mit Behinderungen geholt, da diese im Krankenhaus nicht vorrätig waren, oder man habe Wartezeiten überbrückt.

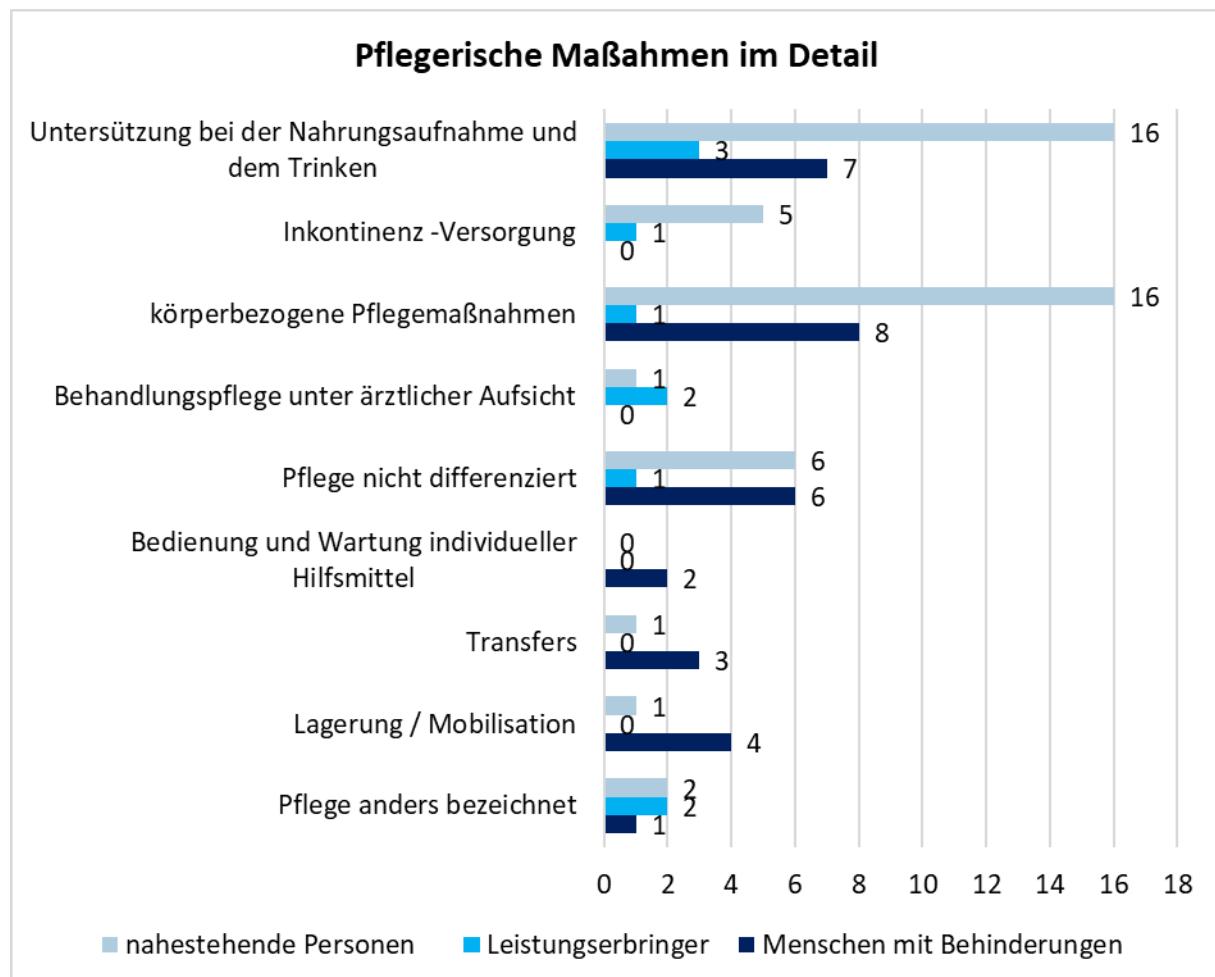
Aus der Perspektive der **Mitarbeiter*innen der Leistungserbringung** wurde ebenfalls berichtet, dass die Begleitperson vor allem im Bereich der Kommunikation unterstützt hat (n= 9). „*Ich war viel als Mittlerin im Kontakt tätig. Dabei habe ich alles, was ansteht mit dem Krankenhaus, vor- und nachbesprochen. In Bezug auf meine Begleitung war ich als „Dolmetscherin“ tätig, da ich meine Klientin gut kenne*“ (LE_F3).“ Darüber hinaus beschrieben die Mitarbeiter*innen der Leistungserbringung vor allem Tätigkeiten der emotionalen Unterstützung sowie administrative Tätigkeiten (jeweils n=5). Vier Personen übernahmen pflegerische Tätigkeiten und zwei unterstützten bei der Freizeitgestaltung.

5.4.1.2 Pflegerische Tätigkeiten im Detail

In den 62 Fallstudien wurde das Thema Pflege 18-mal von den **Menschen mit Behinderungen** angesprochen. 31 der 33 Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld gaben an, pflegerische Aufgaben übernommen zu haben. Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers berichteten in vier Fällen ebenfalls von pflegerischen Maßnahmen. In diesem Abschnitt wird daher kurz im Detail analysiert, welche pflegerischen Aufgaben übernommen wurden, soweit diese detailliert beschrieben wurden.

In 49 Interviewprotokollen wird differenziert auf pflegerische Tätigkeiten eingegangen. Diese lassen sich 42 verschiedenen Fallstudien zuordnen. In zwei Fallstudien beschrieben die Begleitpersonen pflegerische Tätigkeiten, die begleitete Person mit Behinderungen aber nicht. In einer anderen gab der Mensch mit Behinderungen eine Unterstützung in der Pflege durch seine Begleitung an, die Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld hingegen berichtete ausschließlich über eine emotionale Unterstützung.

Abbildung 5.5 Übersicht über pflegerische Maßnahmen (n=49; Mehrfachnennungen)



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung transfer

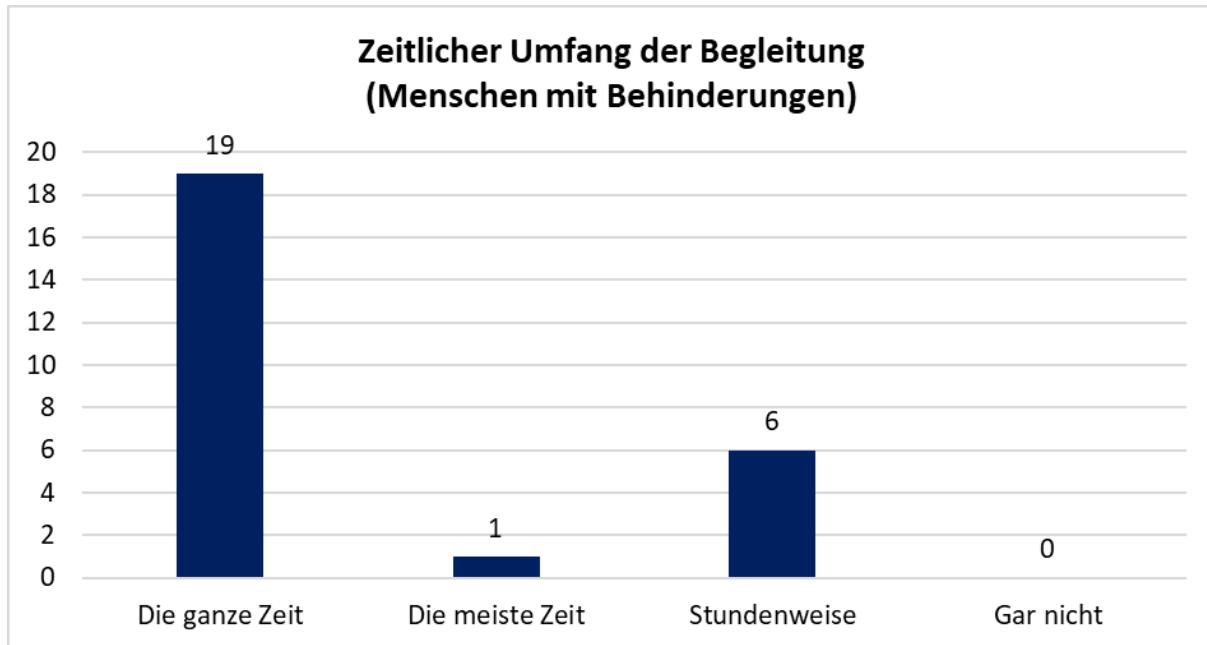
In 13 Fällen wurde dabei durch die Teilnehmer*innen nicht differenziert, was alles unter der gesamten pflegerischen Versorgung getan wurde. In fünf Fällen gaben die Interviewten an, die Begleitperson habe u.a. die Lagerung und Mobilisation übernommen. Vier Begleitpersonen unterstützten bei Transfers. In zwei Fallstudien wurde die Wartung und Bedienung von individuell angepassten Hilfsmitteln beschrieben. Die Inkontinenz-Versorgung wurde in sechs Fallstudien thematisiert. Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme oder dem Trinken (n=27) und die Durchführung körperbezogener Pflegemaßnahmen (n=25) wurden am häufigsten benannt.

5.4.1.3 Zeitlicher Umfang der Begleitung

Im Hinblick auf den zeitlichen Umfang der Begleitung ist zwischen der Dauer des Aufenthalts und der Dauer der Begleitung pro Tag zu unterscheiden. In 33 Fällen, in denen die gesamte Zeit begleitet wurde, wurden in 17 Interviews nähere Angaben zur Dauer des Aufenthalts gemacht. Der längste

Aufenthalt war sechs Monate. Die Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld gab dabei an, die gesamte Zeit begleitet zu haben. In drei Fällen wurde berichtet, die Behandlung habe drei Monate in Anspruch genommen. In den anderen Fällen (n=4) dauerte der Aufenthalt fünf Tage. In sieben Fallstudien wurde die Dauer auf mehrere Wochen geschätzt. In einem Fall wurden als Umfang der Begleitung insgesamt 20 Stunden angeben.

Abbildung 5.6 Zeitlicher Umfang der Begleitung aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen (n=26)



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

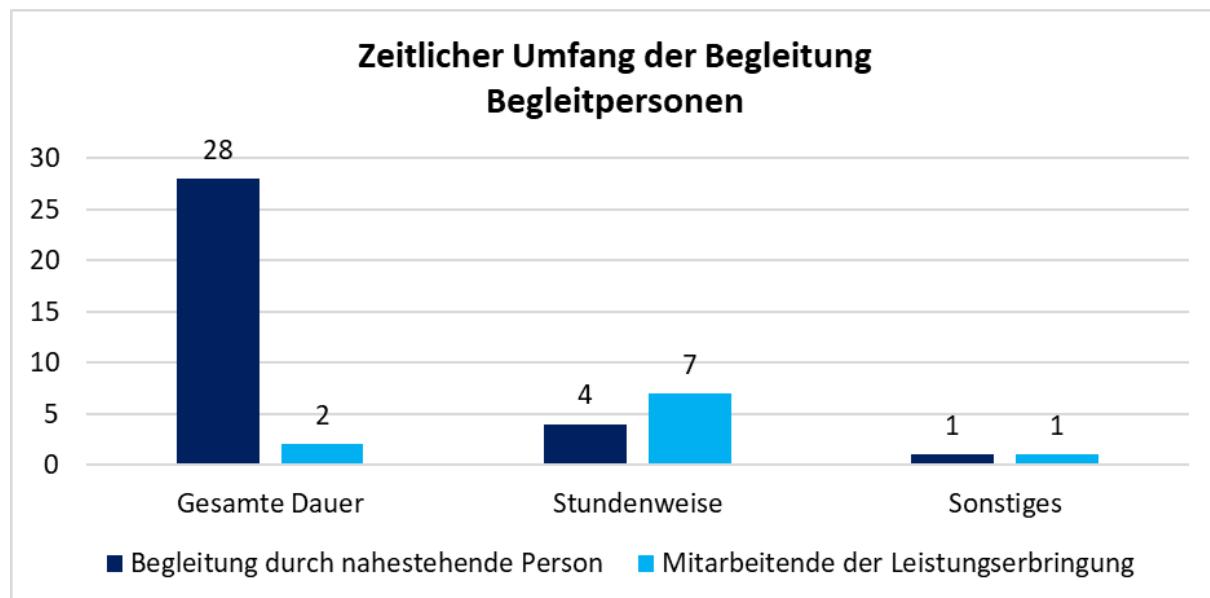
Der zeitliche Umfang der Begleitung variiert stark. Menschen mit Behinderungen, die beim Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren im Alltag beeinträchtigt sind, konnten für die Beantwortung der Frage auch skalierbare Piktogramme nutzen. Zu Beginn wurde gefragt, ob die Person in der Zukunft eine Begleitung braucht. Wenn dies mit ja beantwortet wurde, konnten die Piktogramme einer Skala von gar nicht – weniger als die Hälfte der Zeit – mehr als die Hälfte der Zeit oder die gesamte Zeit zugeordnet werden. Anschließend wurde inhaltlich besprochen, wie der Umfang konkret eingeschätzt werde.

19 Menschen mit Behinderungen gaben an, dass sie die gesamte Zeit eine Begleitperson während der Krankenhausbehandlung brauchen. Eine Person gab an, dass die Begleitung die meiste Zeit anwesend sein sollte. Sechs Personen gaben an, dass sie stundenweise eine Begleitung während des Aufenthalts im Krankenhaus benötigen, davon haben zwei eine persönliche Assistenz am Tag. Dies sei jedoch auch vom Krankenhaus abhängig. In einem Interview wies die Person darauf hin, dass wenn das Krankenhaus nicht barrierefrei sei, sie einen höheren Bedarf habe. Elf Menschen, die Formen der persönlichen Assistenz nutzen, verwiesen in diesem Zusammenhang auf den Umstand, dass sie eine 24-Stunden-Assistenz auch im Alltag nutzen und dass dies auch während der Krankenhausbegleitung der Fall sei bzw. sein sollte. „*Das ginge auch nicht anders (MmB_FS18).*“

Wurden zu diesem Thema inhaltliche Angaben gemacht, bezogen diese sich entweder auf konkrete Personen wie „*Mama*“ (MmB_FS52) oder bestimmte Situationen wie Ärzt*innengespräche. Die Menschen, die angaben, dass die Begleitung stundenweise oder die meiste Zeit erfolgen sollte, benannten konkrete Situationen, in denen sie eine Begleitung auch zukünftig als notwendig

einschätzen. „Bei der Aufnahme, der Entlassung und im Aufwachraum ist es wichtig, dass jemand da ist. Auch zu den ganzen Besprechungen (MmB_FS03).“ In einem anderen Interview gab die Person an, dass sie zu Beginn der Behandlung durchgängig auf eine Begleitung angewiesen war, sich jedoch zutraute, nach einer gewissen Zeit auch ohne Begleitung im Krankenhaus bleiben zu können. Sechs Personen gaben an, eine Begleitung könne auch stundenweise erfolgen. Menschen mit Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren im Alltag konnten für die Angabe Piktogramme nutzen. Diese ermöglichen die Unterscheidung – Ja/Nein; die ganze Zeit, die meiste Zeit, weniger als die Hälfte der Zeit oder gar nicht. Weniger als die Hälfte der Zeit wurde mit „stundenweise“ übersetzt. Das Piktogramm zeigte eine Uhr.

Abbildung 5.7 Zeitlicher Umfang der Begleitung aus Perspektive der Begleitpersonen (n=43)



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

Die **Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld** gaben überwiegend an, die gesamte Dauer des Aufenthalts begleitet zu haben (n=28). In einem dieser Fälle wies die Begleitperson darauf hin, dass sie nicht mehr berufstätig ist. „Für die gesamte Zeit des Aufenthalts 24/h Tag. Das ging auch, weil ich bereits im Ruhestand bin (B_FS16).“ In fünf Fällen wechselten sich die Begleitpersonen ab, waren jedoch nicht 24 Stunden anwesend. Dabei begleiteten in zwei Fällen sowohl Mitarbeitende eines Leistungserbringers und weitere Angehörige die betroffene Person. In den anderen beiden Fällen wechselten sich nahestehende Personen bei der Begleitung ab. „Ich habe das ganze halbe Jahr meinen Sohn in der Klinik begleitet. Da war ich die gesamte Zeit dabei, wenn mich mein Mann nicht abgelöst hatte (B_FS41).“

Die **Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer** gaben überwiegend an, die Begleitung stundenweise erbracht zu haben (n=7). Zwei Personen begleiteten für die gesamte Dauer des Aufenthalts. Eine weitere Mitarbeiter*in eines Leistungserbringers gab an, den gesamten Aufenthalt begleitet zu haben, da die betroffene Person eine Autismus-Spektrums-Störung habe und dies anders nicht möglich sei. Ohne Begleitung würde die Person die Behandlung verweigern. Der Kontakt mit dem Krankenhaus und dem Träger der Eingliederungshilfe sei gut, „Fragen nach der Finanzierung und auch nach der Kostendeckung der Finanzierung“ seien jedoch noch offen (LE_FS30).

Eine andere Mitarbeiter*in eines Leistungserbringers meinte, dass dies vom Einzelfall abhänge: „Je nach Unterstützungsbedarf bleiben wir ein paar Stunden, ggf. auch 24 Std. (LE_FS61).“ In einem

weiteren Interview wurde auch allgemein auf die palliative Begleitung eingegangen. Hier begleite der Leistungserbringer sehr eng, der Umfang wurde auf 40 bis 50 Stunden in der Woche geschätzt. Der kürzeste zeitliche Umfang, den eine Mitarbeiter*in angab, lag bei einer Stunde. In einer Fallstudie wurden 18 Stunden pro Tag angegeben. Eine Mitarbeiter*in berichtete, sie habe zwölf Stunden begleitet, bis die Person aufgenommen wurde.

5.4.2 Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen.

Im Rahmen der Interviews wurde auch thematisiert, was gut funktioniert habe bzw. welche Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit aufgetreten seien. 18 **Menschen mit Behinderung** gingen auf diesen Punkt näher ein.

Es wurde betont, dass der Krankenhausaufenthalt insbesondere durch die Begleitung der persönlichen Assistenz als positiv bewertet wurde. Beispielsweise hat die Begleitung „*viel dafür getan, dass ich mich wohlfühle. Ich habe keinen Überblick, da ich mich nicht bewegen kann. Infos über den Raum oder die Situation helfen mir da sehr* (MmB_FS17).“

Welche Aspekte nicht gut funktionierten, wurde von 17 Personen beantwortet. Der Aufenthalt im Krankenhaus wurde durch verschiedene Faktoren erschwert. So hätten beispielsweise die Mitarbeiter*innen im Krankenhaus keine Kenntnis über die geltenden Regelungen zur Begleitung im Krankenhaus gehabt. Zudem verlief der Austausch zwischen den Beteiligten nicht immer zufriedenstellend, die Stundenanzahl der Assistenzkraft wurde reduziert, oder die Pflegekräfte konnten nicht mitgenommen werden, so dass andere Personen die Begleitung übernahmen. Dies wirkte sich aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen negativ aus.

Die Zusammenarbeit zwischen den Interviewten, den Begleitpersonen sowie dem Krankenhauspersonal wird von den **Menschen mit Behinderungen** überwiegend als positiv beschrieben. 13 Personen berichten, dass es für sie hilfreich war, wenn die Begleitperson mit den Ärzt*innen gesprochen hat. „*Die bestärkt mich und meine Meinung gegenüber dem Krankenhaus, für den Fall, wenn ich nicht ernstgenommen werde. Ansonsten mache ich das selbst* (MmB_FS17).“ Ebenso wurde die Unterstützung bei Absprachen mit den Pflegekräften (n=15) sowie den Therapeut*innen (n=7) als hilfreich empfunden. Darüber hinaus berichten sieben Personen, dass sie über die Inhalte der Gespräche informiert wurden. Eine Person beschreibt, dass dies „*eine der wichtigsten Aufgaben [war], die meine Assistenz übernommen hatte* (MmB_FS3).“

Hier beschreiben die Personen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen beispielsweise, dass ihr „*Team die Ärzte nochmals darauf hin [weist], meine Sichtweise zu erfragen, oder zu verstehen, wenn diese Entscheidungen gegen meinen Willen treffen* (MmB_FS17).“

Vier Personen beschreiben Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen: „*Immer wieder wurde gezielt meine Assistenzkraft angesprochen. Selbst wenn ich etwas gesagt hatte, wollten die das von der Assistenzkraft nochmal bestätigt haben. Auf Augenhöhe fand das nicht statt* (MmB_FS26).“

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften äußerte sich die Mehrheit der Menschen mit Behinderungen positiv (n=15). „*Die Pflegekräfte waren froh, dass mein Team die Aufgaben übernimmt. Für die Dokumentation haben die sich abgestimmt* (MmB_FS17).“ Lediglich eine Person beschreibt die Zusammenarbeit als schwierig, da „*immer wieder versucht [wurde, die] Arbeit an meine Assistenzkräfte abzugeben* (MmB_FS26).“

Einen besonderen Raum nahm die wahrgenommene Abstimmung der Begleitpersonen mit dem Krankenhauspersonal ein:

Knapp die Hälfte der **Begleitpersonen** (n=21) bewertet die Zusammenarbeit mit anderen am Prozess beteiligten Personen als sehr positiv. *Die Zusammenarbeit war ausnahmslos gut. „Alle in der Klinik waren aber auch sehr offen, ruhig und haben sich entsprechend Zeit für die Kommunikation genommen (LE_FS3).“* Schwierigkeiten, die in der Zusammenarbeit aufkamen, bezogen sich insbesondere auf den Informationsfluss (n=6): „*Man hatte auch die Medikamente runtergesetzt, was zu einem Anfall führte. Dies wurde auch nicht kommuniziert*“ (LE_FS39), sowie das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden (n=5): „*Unsere Kompetenz wird immer wieder angezweifelt, dann erfolgt z.T. auch erstmal keine Behandlung* (LE_FS56).“

In neun Fällen wurde seitens der Begleitpersonen angegeben, dass ein Wechsel in der Begleitung mit dem Ziel, diese nicht allein durchführen zu müssen, als sehr hilfreich empfunden wurde. Drei der Begleitpersonen gaben an, dass sie eigenes (Fach-)Wissen als hilfreich empfanden. Darüber hinaus wurden weitere Angaben zu potenziell hilfreichen Faktoren erfasst, darunter die Kommunikation im Krankenhaus, die Existenz eines Überleitungsbogens mit allen erforderlichen Informationen sowie die Zeitspanne, in der sich das Personal im Krankenhaus Zeit genommen hat.

Als hinderlich wurde vor allem mangelnde Kommunikation angesprochen, sowie der Eindruck, dass die medizinischen Unterlagen nicht gelesen wurden. Wenn spezielle Medikamente benötigt wurden, wie z.B. im Zusammenhang mit einer Epilepsie, seien diese nicht vorrätig gewesen, und das Personal habe oft keine Zeit, auf die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen einzugehen.

5.4.3 Ergebnisse der Fokusgruppen zur Praxis der Begleitung

Die insgesamt sechs Teilnehmer*innen der Fokusgruppen der **Interessenvertretung** berichteten, dass sie die Begleitung als Angehörige durchgeführt haben. In zwei Fällen wurden sie durch Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer unterstützt. Der Umfang der Begleitung wurde in den Fokusgruppen mit der gesamten Dauer eingeschätzt. Es wurde angegeben, dass die Begleitung ab dem Zeitpunkt erfolge, wo man im Krankenhaus eintreffe. Bis zu diesem Zeitpunkt begleiteten die Mitarbeiter*innen des Leistungserbringens.

Seitens der Teilnehmenden der **Leistungserbringung** wurde nicht berichtet, dass sie die zu begleitende Person die gesamte Zeit begleiteten. Eine Teilnehmer*in gab an, sie habe acht Stunden in der Notaufnahme begleitet, bis die Person aufgenommen wurde. Eine andere Mitarbeiter*in ergänzte, sie begleite zeitweise im Alltag während des Krankenhausaufenthaltes. Z.B. brauchten ihre Klient*innen Unterstützung beim Essen und dafür viel Zeit (ca. 45 Minuten pro Mahlzeit), da das Essen angereichert werden müsse. Diese Zeit hätten die Mitarbeiter*innen des Krankenhauses nicht.

Wenn die personelle Situation in der besonderen Wohnform angespannt sei, würden die Mitarbeiter*innen teilweise nur mit dem Krankenhaus telefonieren. Die Person müsse dann im Notfall zunächst allein ins Krankenhaus. In der anderen Fokusgruppe, an der eine Mitarbeiter*in eines Leistungserbringens teilnahm, sind die Ergebnisse anders. Die Person ist zum einen Teamleitung, assistiert allerdings auch Klient*innen im Alltag. Es würden die „*normalen Stunden, wie bisher auch erbracht. Was von den Zielen im Gesamtplan nicht*“ zu leisten sei, wie die Unterstützung beim Einkaufen oder im Haushalt, entfalle (FLE_01). Insgesamt umfasse die Begleitung einen Umfang von ein bis zwei Stunden in der Woche.

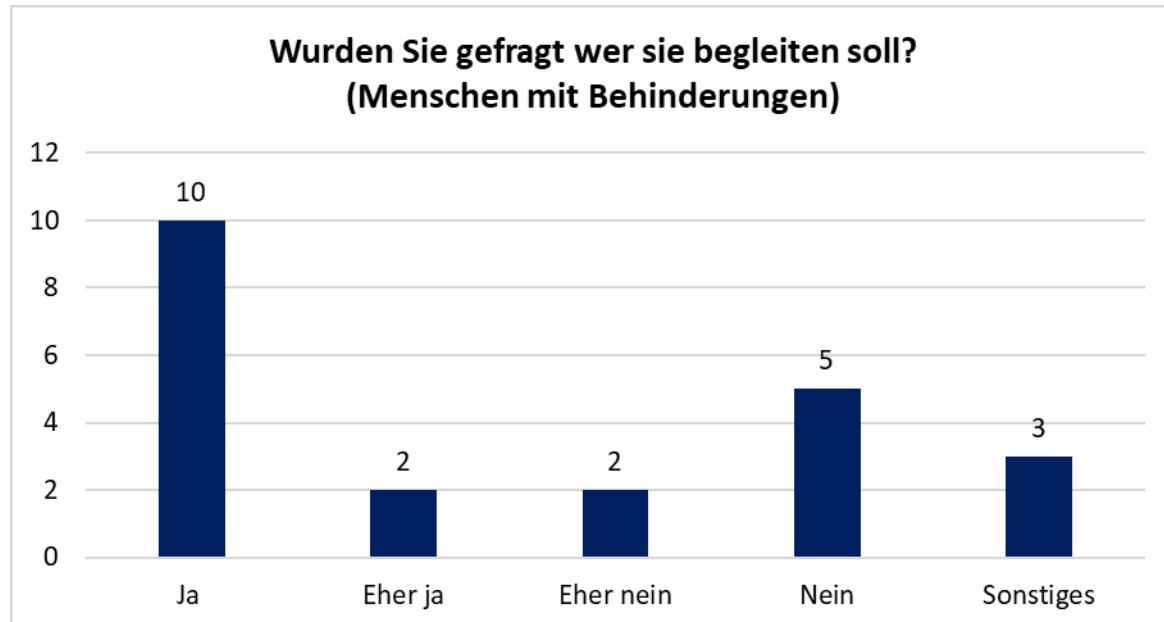
Die **Mitarbeiter*innen des Krankenhauses** gaben in einer Fokusgruppe an, dass nach ihrer Einschätzung 70 % der Begleitpersonen Angehörige seien. Diese würden in der Regel die gesamte Zeit des Aufenthaltes begleiten. Mitarbeiter*innen von besonderen Wohnformen seien stundenweise in der Begleitung. Eine Schwierigkeit sei die Regelungen zur Finanzierung von Assistenzleistungen. Diese seien vor der gesetzlichen Neuerung vereinbart worden. Nach

Einschätzung der Teilnehmenden bedeute dies, dass Mitarbeiter*innen einer besonderen Wohnform zusätzlich zu ihren regulären Tätigkeiten im Krankenhaus begleiten.

5.4.4 Wunsch- und Wahlrecht bezüglich der Begleitung

Seitens der **Menschen mit Behinderungen** gab etwa die Hälfte der Interviewten (n=15) an, dass sie die Begleitperson selbst gewählt haben. Weitere zehn Personen berichten, dass sie nicht ausgesucht haben, wer sie begleitet: Es sei die Person dabei gewesen, die gerade da war. Vier Personen machten hierzu keine Angabe.

Abbildung 5.8 Wunsch- und Wahlrecht aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen (n=26)

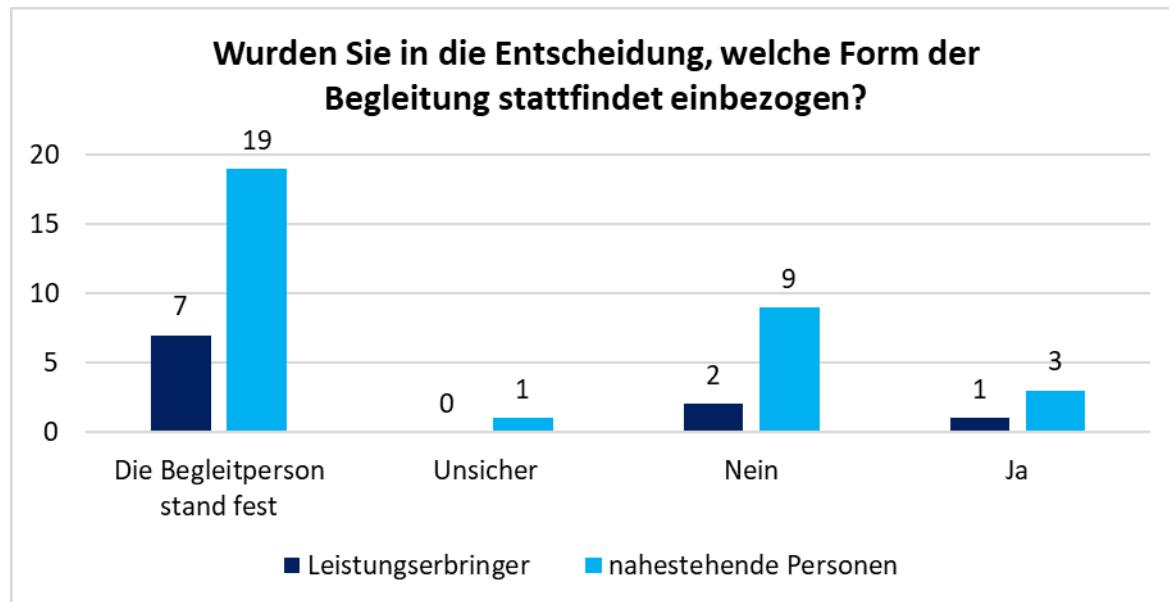


Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

An anderer Stelle wurde besprochen, ob sie gefragt wurden, wer sie begleiten soll. In diesem Zusammenhang berichtet etwa ein Drittel, dass sie sich die Person aussuchen konnten: „*Ja ich wurde gefragt. Ich durfte mir den auch aussuchen (MmB_FS53).*“ Fünf Personen verneinten dies: „*mir wurde jemand zugewiesen (MmB_FS47).*“ In einem Fall wurde deutlich, wie bestehende Regelungen diese Entscheidung für die Person unmöglich machen: „*Ich tue mir schwer im Krankenhaus (MmB_FS45).*“ Die Person hat 24 Stunden am Tag eine Assistenz, diese seien von der Qualifikation her „*alles Pflegekräfte*“. Diese könne sie nicht mit ins Krankenhaus nehmen. Es fehlt *mir komplett an Selbstbestimmung, da ich bei jedem „Handgriff“ auf eine Pflegefachkraft warten muss (MmB_FS45).*“

Über die Hälfte der **Begleitpersonen** (n=26) berichtet, dass die Frage, wer die Begleitung des Krankenhausaufenthalts übernimmt, sich ihnen so nicht stellt. Dies betraf 19 Personen aus dem persönlichen Umfeld, die angaben, dass „*Wenn wir das nicht machen, macht es keiner, und die Behandlung kann nicht durchgeführt werden*“ (B_FS12) und sieben Mitarbeiter*innen der Leistungserbringung.

Abbildung 5.9 Perspektive der Begleitpersonen auf das Wunsch- und Wahlrecht (n=43)



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

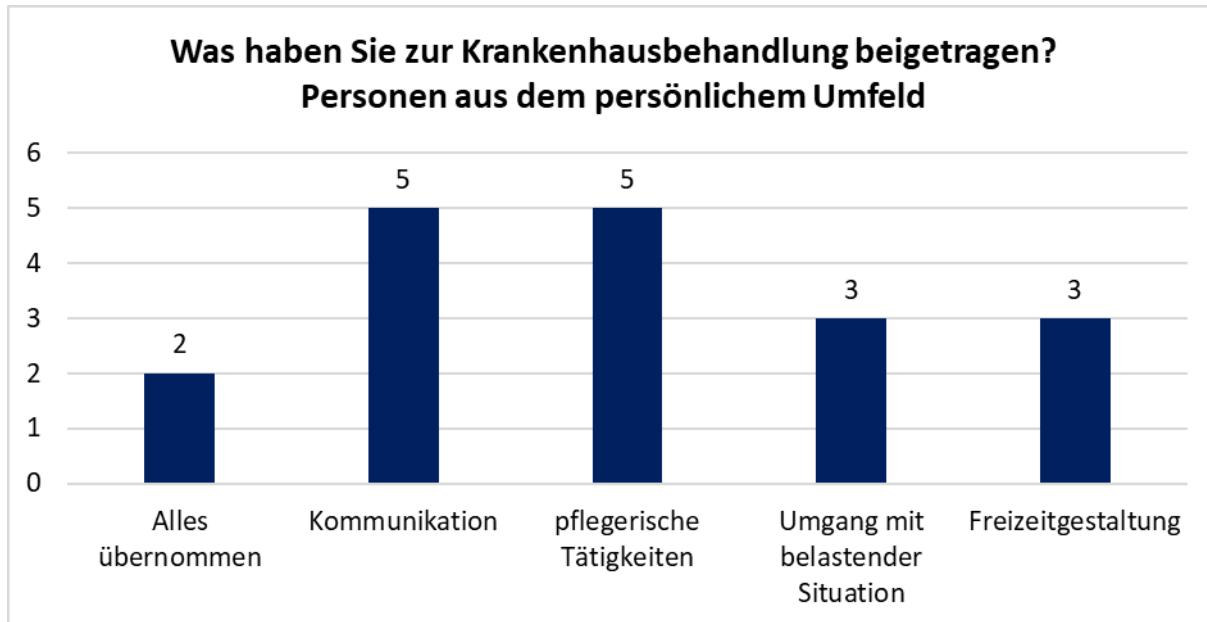
Diese gaben an, dass die Auswahl an den Dienstplan gebunden ist: „*Im Idealfall geht das über die Bezugsbetreuung. Dann können sich das unsere Leute auch aussuchen. Es geht aber jemand mit von den Mitarbeitenden, die gerade im Dienst sind. Von denen kann er/sie sich das dann auch aussuchen*“ (LE_FS57). Elf der Begleitpersonen berichten, dass „*dies nicht statt [fand]*“ (B_FS14) oder „*kein Thema [war]*“ (B_FS6). Vier der Begleitpersonen beschrieben einen Entscheidungsprozess. Dieser fand häufig innerhalb der Familie statt. „*Wir Geschwister machen das unter uns aus. Je nachdem, wer Zeit hat*“ (B_FS11), zwei der Geschwister sind im Ruhestand.

5.4.5 Thematisierung der Tätigkeiten der Begleitung in den Fokusgruppen

Die sechs Teilnehmer*innen der Fokusgruppen der **Interessenvertretung** berichteten, dass sie die Begleitung als Angehörige durchführten. In zwei Fällen wurden sie durch Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer unterstützt.

Im Fokus der Tätigkeiten stand die Unterstützung im Bereich der Kommunikation (n=5) und die Übernahme pflegerischer Tätigkeiten (n=5). Jeweils drei Personen gaben an, die Person im Umgang mit der Krankenhausbehandlung als belastende Situation unterstützt zu haben und die Freizeitgestaltung begleitet zu haben, während zwei Personen angaben, „*alles übernommen*“ (FISV_01) zu haben. Als Beispiel wurde genannt, dass die Begleitperson die Situation im Blick behielt, um dem Krankenhauspersonal Veränderungen bzgl. des Zustands der begleiteten Person mitzuteilen. „*Ich war der „lebende Monitor“ und habe jede Minute überwacht oder habe auch die gelegten Zugänge bewacht, dass er diese nicht zieht*“ (FISV_01).“

Abbildung 5.10 Fokusgruppenergebnisse Interessenvertretung



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

Drei der Teilnehmer*innen beschreiben direkt, dass ohne eine Begleitung eine Untersuchung oder Behandlung der Person nicht möglich gewesen wäre. Es wurde zwei Mal die Besorgnis geäußert: „*Da wäre viel schiefgelaufen (FISV_01)*.“ In einem Fall wurde berichtet, dass die Person dann fixiert wurde, eine weitere Person äußert die Vermutung, dass man die Person dann fixieren müsste, um eine Behandlung zu ermöglichen. Weitere Vermutungen waren, dass man dann Zugänge mehrmals hätte legen müssen oder epileptische Anfälle unbemerkt geblieben wären.

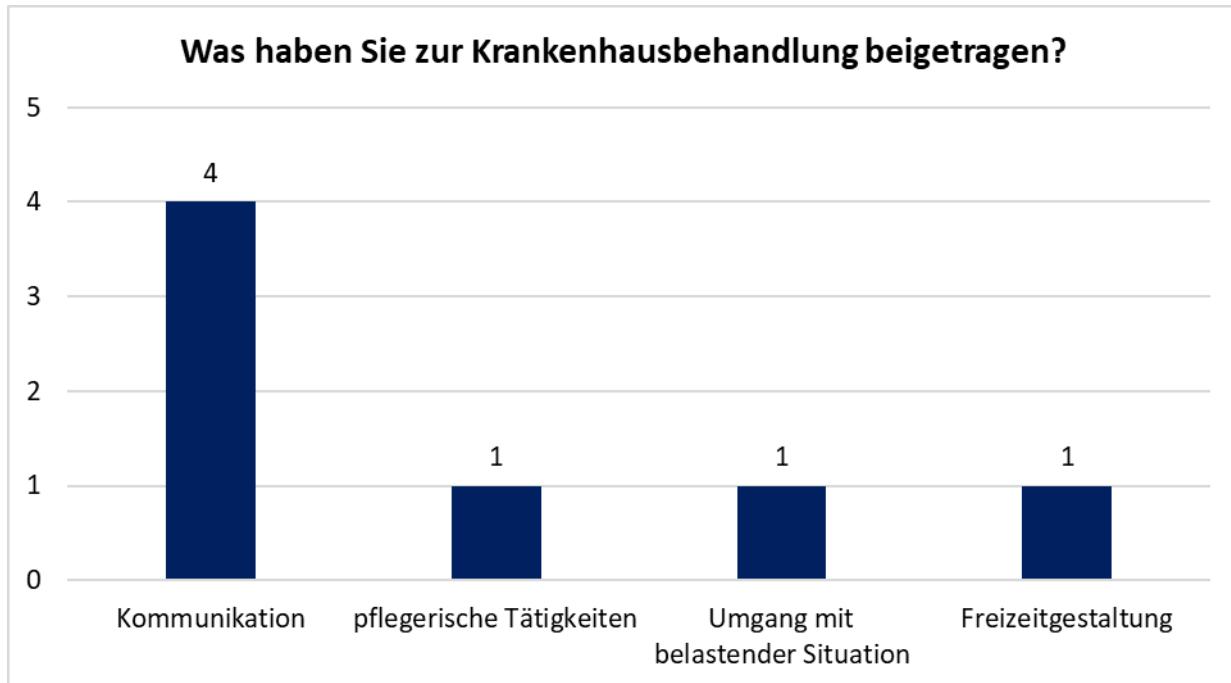
Hinsichtlich der Dauer der Begleitung gaben alle sechs Personen an, den gesamten Aufenthalt über die Person begleitet zu haben.

Drei der sechs Teilnehmer*innen gaben an, dass sie es als hilfreich empfanden, wenn sie die Möglichkeit hatten, eine kurze Pause zu machen, weil jemand anderes die Begleitung kurz übernommen hatte.

Hinsichtlich möglicher Hürden in der Praxis gaben die Teilnehmer*innen an Bedenken zu haben, dass die Begleitung von Seiten der Leistungserbringer bei einem Umfang von 24 Stunden gewährleistet werden kann. Darüber hinaus sehen die Teilnehmer*innen mögliche Schwierigkeiten im Bereich der Kommunikation. Wenn eine Person mit Behinderungen aufgenommen wird, die sich verbal nicht äußern kann oder Schwierigkeiten in der Kommunikation hat, braucht es häufig erst eine Vertrauensbasis, um die Kommunikation gewährleisten zu können. Hierfür braucht es Personen, die die zu begleitende Person sehr gut kennen.

Seitens der Teilnehmer*innen der **Leistungserbringung** wurde berichtet, dass sie die zu begleitende Person insbesondere in der Kommunikation unterstützen (n=3), beispielsweise indem sie die Inhalte des Arztgesprächs im Nachgang mit der zu begleitenden Person nochmal besprechen. Darüber hinaus wurde in einzelnen Fällen angegeben, dass pflegerische Tätigkeiten übernommen, Freizeitaktivitäten begleitet sowie Ängste vor der Behandlung besprochen wurden.

Abbildung 5.11 Fokusgruppenergebnisse Leistungserbringer



Quelle: Leitfadeninterviews, Auswertung und Darstellung *transfer*

Hinsichtlich des zeitlichen Rahmens gab eine Teilnehmer*in an, dass sie die Person ein bis zwei Stunden in der Woche begleitet hat. Eine weitere Teilnehmer*in gab an, das die längste Begleitung acht Stunden war. Eine Teilnehmer*in berichtet, dass „*das auch davon [abhängt], wie unsere personelle Situation ist. Zur Not müssen die allein dort hin und wir telefonieren dann mit dem Krankenhaus* (FLE_02).“

Die **Mitarbeiter*innen des Krankenhauses** gaben an, dass die Begleitpersonen insbesondere die Kommunikation, den Umgang mit belastenden Situationen sowie die Freizeitaktivitäten unterstützen. Eine Teilnehmer*in berichtete, dass das Pflegepersonal geäußert habe, die Begleitperson übernehme während des Aufenthalts pflegerische Tätigkeiten. Sollte keine Begleitung anwesend sein, bedeute dies häufig einen Informationsverlust und erhöhten Aufwand in der Informationsbeschaffung, so zwei Teilnehmer*innen.

Zwei Teilnehmer*innen einer Fokusgruppe äußerten den Eindruck, dass Angehörige, die eine Begleitung leisten, häufig während des gesamten Aufenthalts anwesend sind. Mitarbeiter*innen der Leistungserbringung sind eher stundenweise anwesend. Die zweite Fokusgruppe machte hierzu keine Angaben.

Hinsichtlich der Auswirkungen, die die Begleitung auf die Durchführung der Behandlung habe, machte die Fokusgruppe mit 13 Teilnehmer*innen ausführliche Angaben. Übernehmen Angehörige die Begleitung, seien diese häufig selbst hoch belastet und oft in einem bereits sehr betagten Alter. Die Stationsmitarbeiter*innen würden versuchen, auch den Angehörigen eine Zeit der Entlastung im Krankenhaus zu ermöglichen und beraten auch hinsichtlich verschiedener Entlastungsangebote (FKH_01). Darüber hinaus sei der Krankenhausaufenthalt oft auch für die Angehörigen eine große emotionale Belastung, die sich auf den Gesundheitszustand der begleiteten Person auswirke. „*Es komme häufig zu einer Vermischung von emotionaler Begleitung und medizinischer Verantwortung: Angehörige würden häufig Aufgaben übernehmen, die über ihre Kompetenzen hinausgehen, weil sie es gewöhnt seien, sich um alles zu kümmern bzw. kümmern zu müssen. Manchmal sei es schwierig,*

Angehörige dazu zu bringen, bestimmte Dinge dem Personal zu überlassen (FKH_02).“ Des Weiteren könnte der Krankenhausaufenthalt aus Perspektive der begleiteten Person eine Möglichkeit sein, Abstand zu den Angehörigen zu gewinnen. Im Falle einer teilweise 24-stündigen Begleitung würde diese Chance aber hinfällig. Die Mitarbeiter*innen der Leistungserbringung übernehmen eher selten die Begleitung und dann häufig auch nur stundenweise. Die Teilnehmer*innen haben den Eindruck, dass man seitens der Eingliederungshilfe bemüht sei, die Mitarbeiter*innen auf ihre Rolle und Funktion als Begleitung im Krankenhaus vorzubereiten, insbesondere in Bezug auf die Abläufe im Krankenhaus. Die Kommunikation zwischen dem Wohnbereich und der Klinik wird jedoch als schwierig empfunden, wobei diese im Vorfeld zur Vorbereitung des Klinikaufenthalts von großer Bedeutung sei.

Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppe mit 13 Mitarbeiter*innen (FKH_01) wiesen darauf hin, dass sie in einer Klinik arbeiten, die bereits auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen spezialisiert und konzeptionell danach ausgerichtet sei. Darüber hinaus verfügt diese Klinik über einen Qualitätsvertrag¹⁴⁷, welcher im Rahmen eines Pilotprojektes mit ausgewählten Krankenkassen vereinbart wurde. Mitarbeiter*innen stehen den Patient*innen und Begleitpersonen zur Verfügung, die über entsprechende Krankenkassen versichert sind und können in diesem Fall während des Krankenhausaufenthaltes entsprechend beraten und begleitet werden. Die Kontaktaufnahme beginnt bereits vor einem geplanten Aufenthalt. Hier wird bspw. ein Vorbereitungsbogen genutzt.

Des Weiteren machen die Teilnehmer*innen darauf aufmerksam, dass geplante Aufnahmen aufgrund der Vorbereitungszeit häufiger unproblematisch verlaufen, während akute Aufnahmen besonders herausfordernd seien, da häufig Informationen fehlen sowie eine Begleitperson nicht vorbereitet werden konnte. Der Transport ins Krankenhaus erfolge häufig ohne Begleitperson, was zu einem weiteren Informationsverlust führe.

5.5 Fallstudien mit mehreren Interviews

Die Fallstudien waren so konzipiert, dass auf Basis einer großen Anzahl an Interviews Zusammenhänge in der Breite dargestellt werden können. Das Ziel war eine Darstellung anhand des zeitlichen Ablaufes, in der die Antworten auf die Forschungsfragen durch den Abgleich und Ergänzungen der verschiedenen Personen vervollständigt werden können. So sollten intersubjektive Übereinstimmungen oder Unterschiede offengelegt werden. Die Fallstudien mit zwei oder mehr Interviews haben eine besondere Relevanz, da hier mehrere Perspektiven betrachtet werden können. Daher werden die Ergebnisse dieser Fallstudien hier kurz vorgestellt.

In der ersten Fallstudie wurden die betroffene Person und ihre Begleitperson interviewt. In der zweiten Fallstudie wurden Interviews mit der Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld, mit zwei Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers und eins mit der betroffenen Person, wobei diese von einer Person des Vertrauens unterstützt wurde geführt. Die Interviewten berichteten, dass die begleitete Person während der Krankenhausbehandlung durch die Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer 5-Punkt fixiert wurde. Die Mitarbeiter*innen des Leistungserbringers gaben an, die Person sei blind und kommuniziere nicht verbal. Die Klient*in habe die Behandlung durch andere Personen nicht zugelassen. Daher hätten die Mitarbeiter*innen die Pflege übernommen. Auch wechselten sie unter Anleitung z.B. Pflaster und legten nachts die Fixierung an. Die andere Mitarbeiter*in beschrieb, sie habe „viel mit dem Gericht in Kontakt [gestanden], um die Fixierungen zu klären“ (LE_FS21). Die Verwaltung habe sich darum gekümmert, dass eine Mitarbeiter*in aufgenommen wurde, um nachts vor Ort zu sein. Im Interview mit der begleiteten Person gab diese

¹⁴⁷ Weiterführend: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/weitere-bereiche/leistungsbereiche-qualitaetsverträge/> - geprüft am 16.10.2025.

an, die Begleitperson habe ihn ins Krankenhaus gefahren. Es solle beim nächsten Mal auch wieder jemand die ganze Zeit mitkommen, „*am liebsten Mama*“ (MmB_FS21) – interpretierte die Person des Vertrauens die Äußerungen des Menschen mit Behinderungen auf die Frage, ob zukünftig eine Begleitung im Krankenhaus gebraucht werde. Die Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld gab an: der Mensch mit Behinderungen „*wurde, da er das nicht verstanden hatte, auch als fremdaggressiv*“ (B_FS21) wahrgenommen. Sie habe versucht zu beruhigen und alles übernommen, was zu machen war. Faktoren, von denen alle Begleitpersonen in dieser Fallstudie berichteten, waren:

- Sie seien als Begleitpersonen „nicht für voll genommen [worden]. Man sieht uns als Arbeitskraft, aber nicht als Assistenz (FS21_LE).“
- Wissen um die Behinderungen, die damit verbundenen Einschränkungen und Unterstützungsbedarfe fehle im Krankenhaus.
- Man habe viel diskutieren müssen, weil die vorab gelieferten Informationen nicht zur Kenntnis genommen worden seien: „*egal wie viele Berichte wir schicken, die werden nicht gelesen* (FS21_LE).“ Die Notwendigkeit der Begleitung habe niemand hinterfragt, eine Lohnfortzahlung sei nicht beantragt worden.
- „*Ich möchte auch noch sagen, dass man den Mitarbeitenden, die die Assistenz leisten, mehr Wertschätzung entgegenbringen muss*“ (FS21_B), ergänzte die Begleitung aus dem persönlichen Umfeld. Durch die Begleitung mit drei Personen konnte die Krankenhausbehandlung sichergestellt werden.

In der dritten Fallstudie wurden Interviews mit der Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld und dem begleiteten Menschen mit Behinderungen geführt. Die Begleitperson berichtete in der Fallstudie, dass ihr von Seiten des Krankenhauses bestimmte Maßnahmen untersagt worden seien wie „*eine Sicherheitsweste nach der Operation*“ (B_FS10) anzulegen. Die Mitarbeiter*innen des Krankenhauses werteten diese Maßnahmen als freiheitsentziehende Maßnahme, gab die Begleitperson in diesem Fall an. Der betroffene Mensch mit Behinderungen wurde ebenfalls zu seinen Erfahrungen interviewt. Dieser gab in weiten Teilen an: „*war gut*“ (FS10_MmB) und „*Mama soll mitkommen*“ (FS10_MmB). In Summe seien vier Aufenthalte mit Begleitung durchgeführt worden. Die Begleitperson habe jeweils 24 Stunden begleitet. „*Aufgrund der großen Unruhe ... wäre die Behandlung sonst nicht möglich gewesen* (FS10_B).“

Die vierte Fallstudie berichtet von einem Fall, in dem das Interview mit der betroffenen Person und Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers geführt wurde. Es handelt sich um eine Krankenhausbehandlung, die mit einer Notaufnahme begann. Insgesamt sei der Prozess in der Notaufnahme „*beschissen [gewesen]...Es gab eine Stelle in der Notaufnahme, an der gesagt wurde, dass der Klient ,zu behindert sei, um ihm helfen zu können*“ (LE_FS9). Die Mitarbeiter*in des Leistungserbringers hätte im gesamten Prozess ergänzend zu der Mutter „*Symptome kommuniziert, oder sich mit den Pflegekräften ausgetauscht*“ (LE_FS9), weil die betroffene Person dies nicht konnte. Nach der Aufnahme wurde die Person durch die Mutter begleitet. Die Mitarbeiter*in des Leistungserbringers begleitete während der Besuche für ca. eine Stunde. Die „*Mutter wurde entlastet und konnte Pause machen*“ (LE_FS9), wenn Mitarbeiter*innen des Leistungserbringers anwesend waren. So wie er es „*erlebt habe, tat das sowohl der Mutter als auch dem Klienten gut*“ (LE_FS9). Mit Blick auf die Tätigkeiten der Begleitung gab die betroffene Person „*Spielen*“, „*lesen*“, „*Unterhaltung*“ (MmB_FS9) an. Die Personen des Vertrauens, die das Gespräch mit dem Menschen mit

Behinderungen begleiteten, ergänzten abschließend zu der Frage, ob die Person in der Zukunft auch eine Begleitung im Krankenhaus benötige: ihrer Einschätzung nach wolle die Person „*mitentscheiden, ... wer ihn begleitet*“ (MmB_FS9). Durch die Begleitung wurde die Behandlung ermöglicht, schätzen die Begleitpersonen die Situation ein.

Die fünfte Fallstudie mit mehr als einem Interview fand mit einer Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld und einer Mitarbeiter*in der Leistungserbringer statt. Die betroffene Person „*spricht nicht. Sie lautiert aber*“ (B_FS39). Eine Information oder Beratung habe nicht stattgefunden, die Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld habe aber schon Erfahrungen mit der Begleitung gehabt. Die Begleitperson berichtete, sie „*kannte das auch von früher mit dem Lohnausfall*“ (B_FS39).¹⁴⁸ Daher sei sie aktiv auf das Krankenhaus zugegangen, berichtete die Begleitung aus dem persönlichen Umfeld. Die Person sei tagsüber von „*drei Kräften*“ (B_FS39) im Wechsel begleitet worden. Das Krankenhaus habe dann eine „*Nachtassistenz*“ (B_FS39) gestellt. Die Pflege habe das Krankenhaus übernommen, da der Mensch mit Behinderungen operiert wurde. Die Begleitung habe das Befinden des Menschen mit Behinderungen für das Krankenhaus übersetzt und die Medikamente vor der Vergabe geprüft. Die begleitete Person habe Epilepsie. Die Begleitpersonen wiesen darauf hin, dass sie dem Krankenhaus Berichte und entsprechende Unterlagen zur Verfügung stellten. Dennoch wurden „*die Medikamente heruntergesetzt, was zu einem Anfallsleiden führte. Dies wurde auch nicht kommuniziert* (B_FS39).“ Die Behandlung sei durch die Begleitung von drei Personen ermöglicht worden, gaben beide Interviewpartner*innen an.

In den Fallstudien sechs bis neun berichten die betroffene Person und eine Begleitperson aus dem persönlichen Umfeld von ihren Erfahrungen zur Begleitung im Krankenhaus. Alle Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld gaben an, den Krankenhausaufenthalt als Begleitperson sehr gut erlebt zu haben. Sie begleiteten die gesamte Dauer des Aufenthaltes, der längste Aufenthalt war drei Wochen (B_FS19), der kürzeste fünf Tage. Eine Begleitperson beschrieb, sie sei zu Beginn die gesamte Zeit im Krankenhaus gewesen, ab der zweiten Woche stundenweise und am Wochenende. In diesem Fall wurde auch berichtet, dass die Aufnahme gut funktioniert habe. „*Doch das mit dem Lohnersatz klappte nicht, da unser Sohn derzeit keine EGH-Leistung erhält*“ (B_FS19) Eine andere Begleitperson schilderte ihre Erfahrungen mit der Krankenkasse im Zusammenhang mit der Begleitung im Krankenhaus. Sie wollte sich bei der Krankenkasse erkundigen, unter welchen Voraussetzungen bzw. welche Informationen für die Krankenkasse notwendig, um eine Begleitung im Krankenhaus zu ermöglichen, wurde der Begleitperson nicht mitgeteilt, sie habe ein Formular erhalten: „*Mein Eindruck war, dass die etwas überfordert waren.*“ (B_FS48) Auch wenn die Person volljährig war, wurde das über „*Kindkranktage*“ (B_FS48) geregelt. Es habe auch Schwierigkeiten mit dem Träger der Eingliederungshilfe gegeben. Für die fünf Tage des Krankenaufenthaltes sei das Pflegegeld geändert worden. Der Aufenthalt sei mittlerweile ein Jahr her, dennoch berichtet die Begleitperson, dass sie sich „*immer noch für bestimmte Sachen rechtfertigen, oder Unterlagen einreichen*“ (B_FS48) müsse. Auch habe es Schwierigkeiten wegen des Pflegegelds gegeben, und die „*Systemumstellung auf das BTHG fand noch nicht statt*“ (B_FS48). In der Fallstudie 32 wurde kein Antrag gestellt, da die Begleitperson bereits in Rente war.

¹⁴⁸ In dieser Fallstudie wird Bezug auf verschiedene Behandlungen im Krankenhaus genommen. Was früher in diesem Zusammenhang meint, konnte nicht rekonstruiert werden.

Die Unterstützung bei der Kommunikation wurde in allen vier Fällen durch die Begleitpersonen geleistet. In drei dieser vier Fallstudien wurden neben der Kommunikation mit allen Beteiligten auch pflegerische Aufgaben übernommen. „*Waschen, beim Essen und Trinken geholfen, für mich übersetzt, mir Sicherheit gegeben*“ (MmB_FS32). Ein anderer begleiteter Mensch mit Behinderungen gab an: „*Alles schwer. Raus*“ (MmB_48) was durch die Personen des Vertrauens, als: „*Die Zeit im Krankenhaus war anstrengend für sie*“ (MmB_F48) übersetzt wurde. In all diesen Fällen wurde die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen als gut beschrieben. Man habe den Eindruck, ernst genommen (B_FS48) worden zu sein. Die Pflegekräfte „*sind froh, dass jemand dabei ist*“ (B_FS53).“ Eine Person beschrieb jedoch Schwierigkeiten mit den Ärzt*innen, diese seien „*unkooperativ*“ (B_FS53), und die Diagnosen seien nicht bekannt gewesen, „*was [zu] schwierigen Situationen führte*“ (B_FS53). Insgesamt gaben alle Begleitpersonen an, die Begleitung sei notwendig gewesen. Die Menschen mit Behinderungen beurteilen dies ebenfalls so, zudem seien sie gefragt worden, wer sie begleiten soll. Eine Person gab an, sie brauche in der Zukunft nicht die ganze Zeit eine Begleitung, sondern nur zu Beginn des Aufenthaltes.

Die Ergebnisse der neun Fallstudien verdeutlichen drei Aspekte, die in der Ergebnisdarstellung ausgehend des zeitlichen Ablaufes und der Perspektiven bereits thematisiert wurden, aber erst an dieser Stelle in ihrem Zusammenhang deutlich werden.

- Der Prozess der Begleitung ist für die Begleitpersonen mit hoher Belastung, finanzieller Unsicherheit und viel Zeit verbunden. Dennoch wird die Begleitung als eher positiv empfunden.
- Die Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld schließen eine wahrgenommene Lücke der vorhandenen Angebote. Für sie haben die neuen gesetzlichen Regelungen keine direkten Auswirkungen, sie begleiten im selben Umfang wie vor der gesetzlichen Neuerung.
- Eine weitere Gruppe von Begleitpersonen gewährleistet eine Begleitung unter fachlich äußerst anspruchsvollen Bedingungen. In diesen Fällen wurde die Begleitung durch die Zusammenarbeit von Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer und Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld erbracht.

5.6 Wirkung der Begleitung auf die Behandlung

Insgesamt wurde deutlich, dass Informationen über die Möglichkeit einer Begleitung im Krankenhaus als hilfreich empfunden werden. Gleichzeitig berichteten viele der Beteiligten, dass sie sich nicht ausreichend informiert fühlten.

Die Mitarbeiter*innen der Leistungserbringer beschreiben die Situation in Bezug auf die Informationen über die Möglichkeit der Begleitung sehr heterogen. In einigen Fällen wussten sie, dass es die Möglichkeit einer Begleitung gibt, jedoch gab es Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Begleitung. In einer Fokusgruppe mit einem Leistungserbringer wurde deutlich, dass die Leistung nach bestimmten Regeln – abhängig von den Zielen im Gesamtplan – erbracht werde.

Menschen mit Behinderungen, die körperliche Beeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen aufgrund von anderen chronischen Erkrankungen haben, gaben an, gut informiert zu sein. In der Hälfte dieser Fälle wurde von Schwierigkeiten mit dem Leistungsträger berichtet. In zwei dieser Fälle begleitete eine Person aus dem persönlichen Umfeld den Krankenhausbesuch, da sonst keine Begleitung erfolgt wäre. In zwei Fällen wurde berichtet, dass ein Widerspruch gegen die Entscheidung des Trägers der Eingliederungshilfe eingelegt wurde.

Die Durchführung der Begleitung ist aus Sicht der Beteiligten in den meisten Fällen notwendig, um die Behandlung zu ermöglichen. In vielen Fällen stelle sich die Frage praktisch nicht, es gehe eher um das „wie“ als das „ob“. Dies wird auch im Zusammenhang mit dem zeitlichen Umfang der Begleitung deutlich. Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld begleiten in der Regel deutlich länger als Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers. Das geht sowohl aus den Fokusgruppen mit den Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser als auch aus den Interviews mit den Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld hervor. Dies ergibt insofern ein kohärentes Bild, da die Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers in den Fokusgruppen und den Fallstudien überwiegend angaben, die Person nur stundenweise zu begleiten oder die Begleitung im Wechsel mit Personen aus dem persönlichen Umfeld der leistungsberechtigten Person sicherzustellen.

5.7 Verbesserungspotentiale auf Basis der Fallstudien

Im Folgenden wird dargestellt, welche Verbesserungsbedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen von besonderer Bedeutung sind. Dabei wurden die Bewusstseinsbildung im Sinne der UN-BRK thematisiert, aber auch Rahmenbedingungen der Leistungserbringung oder die Relevanz von Planung im Vorfeld des Aufenthalts.

Sechs der 26 interviewten **Menschen von Behinderungen** formulierten den Wunsch, mit mehr Respekt behandelt zu werden bzw. dass es mehr Akzeptanz in Bezug auf die Begleitperson gebe. Fünf Personen gaben an, dass sie gerne mehr Entscheidungsmöglichkeiten hätten, soweit dies im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts möglich ist. Darüber hinaus äußerten vier der Menschen mit Behinderungen den Wunsch nach einer verbesserten Abstimmung bzw. nach einer Person, die die Koordination übernimmt. Angesprochen wurde auch, dass nicht alle Krankenhäuser umfassend barrierefrei sind. Weitere vier Betroffene wünschen sich eine Verbesserung in der Kommunikation mit ihnen, sodass Entscheidungen direkt mit ihnen abgestimmt werden und nicht mit der Begleitperson. Weitere drei wünschen, die Sicherheit zu haben, dass eine Begleitung mit ins Krankenhaus kommt. Zwei Personen gaben an, dass keine Veränderungen erforderlich seien, da die Begleitung des Krankenhausaufenthalts als positiv empfunden wurde.

Die Begleitpersonen sahen dies ähnlich. Verbesserungsbedarf sahen 19 **Begleitpersonen** in Bezug auf den Umgang des Krankenhauspersonals mit Menschen mit Behinderungen. Das Personal müsse besser geschult werden, damit die Mitarbeiter*innen besser auf die individuellen Bedarfe eingehen können.

15 Begleitpersonen äußerten den Wunsch nach einer Verbesserung der Kommunikation, insbesondere in Bezug auf die Abläufe. Eine Verbesserung der Beratung sowie der Ausbau der Beratungsmöglichkeiten werden von zwölf Begleitpersonen als notwendig erachtet. Sieben Interviewte gaben an, dass der Betreuungsaufwand, insbesondere innerhalb einer besonderen Wohnform, nicht in dem Umfang geleistet werden kann, wie er notwendig wäre. Darüber hinaus äußerten sechs Begleitpersonen den Wunsch nach einer verbesserten Übersicht über die Finanzierungsmöglichkeiten.

Die Hälfte der Teilnehmer*innen der **Fokusgruppengespräche** mit der **Interessenvertretung** gab an, dass sie sich eine Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen des Krankenhauses für die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen wünschen. Zwei Teilnehmer*innen äußerten den Wunsch, dass die Regelungen zur Begleitung im Krankenhaus bekannter werden, mit dem Ziel, dass die Abläufe somit reibungsloser verlaufen. Ein weiterer Wunsch von zwei Teilnehmer*innen war, dass sich der Austausch zwischen den Mitarbeiter*innen des Krankenhauses, den Begleitpersonen und der begleiteten Person verbessere, insbesondere wenn es um die Behandlungsmöglichkeiten ginge. Darüber hinaus wurden spezifische Themen angesprochen, wie beispielsweise:

- Die Berechtigung, eine Begleitperson mit ins Krankenhaus zu nehmen, wenn im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen H vorliegt.
- Eine bessere Ausstattung der Krankenhäuser mit Hilfsmitteln (z. B. Lifter).
- Die Möglichkeit von Sedierungen auch bei ambulanten Behandlungen, so könne eine stationäre Aufnahme vermieden werden.

Eine*r der **Mitarbeiter*innen der Leistungserbringung** gab an, dass „*es so bleiben [soll] wie bisher*“ (FLE_01).“ Weitere spezifische Anliegen waren beispielsweise die Schulung und Sensibilisierung des Personals im Krankenhaus für die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen, eine Verbesserung der Barrierefreiheit, eine Verbesserung des Austauschs mit den Begleitpersonen, die Vermeidung von langen Wartezeiten sowie Anpassungen zu Regelungen in der medizinischen Versorgung. Durch Regelungen, die eine ärztliche Verordnung für jedes Medikament (in diesem Beispiel Hustensaft) vorsähen, würde die medizinische Versorgung vor große Hürden gestellt bzw. eine hohe Belastung in diesem Zusammenhang entstehen (FLE_02).

In Bezug auf die Frage, wo die **Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser** noch Verbesserungsbedarf sehen, gaben diese folgende Beispiele an:

- Finanzielle Klärung: Eine gesicherte und bedarfsdeckende Finanzierung einer Begleitung, damit Mitarbeiter*innen aus dem Wohnbereich eine Begleitung gewährleisten können.
- Sensibilisierung: Schulungen und Qualifizierungen von Mitarbeiter*innen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen.
- Eine geeignete Vorbereitung vor dem Krankenhausaufenthalt in Bezug auf die Beratung sowie das Packen.
- Planung: Eine bessere Planung könnte ermöglichen, dass während einer Sedierung gleich mehrere Eingriffe übernommen werden können, wenn dies erforderlich ist. Auf diese Weise könnten zusätzliche Sedierungen und somit auch Stress für die Patient*innen vermieden werden.
- Gespräche mit Angehörigen: Gespräche mit Angehörigen bereits im Vorfeld des Krankenaufenthaltes zur Klärung der Notwendigkeiten und ihrer Funktion.
- Klärung der Ansprechpersonen: Manchmal gibt es diesbezüglich Schwierigkeiten in Bezug auf Datenschutz und Schweigepflichtentbindungen bei Angehörigen oder auch bei Mitarbeiter*innen der Wohnbereiche.
- Voraussetzungen schaffen: Damit eine Begleitung gelingen kann seien die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, wie die Bereitstellung passender Räumlichkeiten.
- Transparenz und Information: Eine gute Beratung und Information der Angehörigen über die Prozesse in der Klinik.
- Es entstehen zum Teil hohe Kosten für Angehörige durch Verdienstausfälle oder auch die Bezahlung einer Unterkunft während des Klinikaufenthalts.
- Es fehle an Informationen über die Begleitung im Krankenhaus und Möglichkeiten der Unterstützung.

- Aufstockung des Personals.

5.8 Zusammenfassung der Ergebnisse der Fallstudien

Die Ergebnisse der Fallstudien werden nachfolgend anhand des zeitlichen Ablaufs einer Krankenhausbehandlung und im Hinblick auf die Fallgruppen nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zusammengefasst.

5.8.1 Ergebnisse anhand des Ablaufs der Krankenhausbehandlung

5.8.1.1 Beratung, Information und Bewilligungsverfahren

Menschen, die im Vorfeld einer Begleitung im Krankenhaus beraten wurden oder angaben, informiert gewesen zu sein, waren in den Fallstudien unterschiedlich repräsentiert.

Menschen mit Behinderungen, die eine Form der persönlichen Assistenz nutzen, sind informiert. Sie stoßen allerdings in der Umsetzung auf Schwierigkeiten, wenn sie Menschen als Begleitung mit ins Krankenhaus nehmen möchten, die ihnen im Alltag bereits assistieren. **Menschen mit Behinderungen**, die im Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag beeinträchtigt sind, geben an, nicht informiert zu sein. Der Informationstand der Personen aus dem persönlichen Umfeld oder der Leistungserbringer ist ebenfalls eher niedrig.

Überwiegend nicht informiert waren **Begleitpersonen** aus dem persönlichen Umfeld. Diese geben oft an, die neuen gesetzlichen Grundlagen nicht zu kennen und deshalb zu begleiten, da dies notwendig sei. Leistungserbringer der Eingliederungshilfe sind unterschiedlich informiert und begleiten in der Regel zusammen mit Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld.

5.8.1.2 Inhalt und zeitlicher Umfang der Begleitung

In 54 Fallstudien sind pflegerische Tätigkeiten dokumentiert worden. Nur in zwei Fallstudien mit zwei Interviews und in sechs Fallstudien mit einem Interview wurden keine pflegerischen Maßnahmen dokumentiert.

Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld gaben an, diese Tätigkeiten als integralen Bestandteil der Begleitung zu übernehmen, begründet mit der Aussage, alle anfallenden Aufgaben zu leisten. In 24 dieser Fallstudien wurde zudem dokumentiert, dass die Aufgaben der Begleitperson Tätigkeiten umfassten, die direkt im Zusammenhang mit den Belastungen während des Krankenhausaufenthaltes standen.

Unabhängig davon, wer die Begleitung durchführte, wird in den meisten Fallstudien beschrieben, dass die Begleitperson auch bei pflegerischen Tätigkeiten und in der Kommunikation unterstützte. In fünf dieser Fälle wurden Maßnahmen der Behandlungspflege beschrieben, wie das Setzen von Injektionen oder die Medikamentenkontrolle und -vergabe. Davon ist in zwei Fällen dokumentiert, dass diese unter ärztlicher Aufsicht ausgeführt wurden.

Der zeitliche Umfang der Begleitung im Krankenhaus variiert stark in Abhängigkeit von der im Alltag genutzten Unterstützungsform und der begleitenden Person. Nutzende der persönlichen Assistenz verwiesen in diesem Kontext auf die Tatsache, dass ihnen außerhalb des Krankenhauses eine 24-Stunden-Assistenz zur Verfügung steht. Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld berichteten mehrheitlich, dass sie die Begleitung rund um die Uhr leisteten, gegebenenfalls im Wechsel mit

anderen Personen aus dem persönlichen Umfeld oder in Abstimmung mit Mitarbeiter*innen eines Leistungserbringers.

Die Dauer der Begleitung unterscheidet sich erheblich. Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld sind teilweise mehrere Wochen mit den begleiteten Personen im Krankenhaus. Die gesetzliche Änderung zeigt dabei wenig Wirkung bei nahestehenden Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld, entweder weil sie bereits vor der Gesetzesreform begleiteten oder weil sie keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Die Erstattung des Lohnausfalls durch die Krankenkasse nach § 44b SGB V wurde in zwei Fällen dokumentiert.

5.8.1.3 Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts bezüglich der Begleitung

Das Wunsch- und Wahlrecht im Sinne einer selbstbestimmten Entscheidung, durch wen **Menschen mit Behinderungen** während der Krankenhausbehandlung begleitet werden, ist für die meisten von ihnen eingeschränkt. Vor allem Menschen, die Beeinträchtigungen beim Lernen, Denken, Erinnern oder Orientieren im Alltag haben, haben keinen oder kaum Zugang zu den benötigten Informationen, auch wenn sie in den Fallstudien teilweise durch die Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld vertreten waren. Die Leistungserbringer der besonderen Wohnform beschreiben zugleich, dass sie im Rahmen dessen, was personell möglich ist, die Menschen mit Behinderungen an der Entscheidung beteiligen.

Menschen, die eine Form der persönlichen Assistenz nutzen, berichteten in etwa der Hälfte der Fälle von Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Behandlung im Krankenhaus, teils so tiefgreifend, dass Angehörige oder eine Freundin die Begleitung im Krankenhaus erbrachten. Aus dieser Perspektive werden Beeinträchtigungen der Selbstbestimmung beschrieben, da die Pflege nach ihrer Einschätzung durch die Krankenhäuser nicht sichergestellt werden kann oder weil sie zentrale Informationen im Krankenhaus nur schwer erreichen. Auch haben die Krankenhäuser aus Perspektive dieser Personen nicht die Möglichkeit, im Alltag in dem Maß zu assistieren, wie es gebraucht wird. Sie betonten die Relevanz der Sicherstellung der Pflege. Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Selbstbestimmung in Abwesenheit der gewohnten Begleitung erheblich beeinträchtigt sei. In zwei Fällen konnte die Begleitung nicht durch die im Alltag unterstützenden Assistent*innen erfolgen.

5.8.1.4 Wirkung der Begleitung auf die Behandlung

Die Fallstudien sollten durch die Kombination von medizinischer, persönlicher und begleitender Perspektive eine intersubjektive Einschätzung der Wirkung ermöglichen. Eine solche Konstellation aller relevanten Perspektiven konnte jedoch nicht realisiert werden. Die Äußerungen der Menschen, die erreicht werden konnten und sich beteiligten, zeigen jedoch deutlich: Die Begleitung wirkt – sie sichert den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit schweren und komplexen Unterstützungsbedarfen. Auffallend ist, dass dies oft ohne Kenntnis der gesetzlichen Neuregelung geschieht, entweder weil dies schon immer so war bzw. sich die Frage nicht stellte (Perspektive der Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld), oder weil Leistungserbringer unabhängig vom Umsetzungsstand der neuen vertraglichen Regelungen eine Begleitung ermöglichen, wenn dies aus ihrer Perspektive notwendig erscheint.

Auch Menschen, die Formen der persönlichen Assistenz nutzen, beschreiben die Wirkung ihrer Begleitung. Diese trage dazu bei, Selbstbestimmung zu ermöglichen, ggfs. Abläufe im Krankenhaus abzustimmen und die Menschen in ihrem Standpunkt zu stärken.

5.8.1.5 Hilfreiche und hinderliche Faktoren für den Prozess der Begleitung im Krankenhaus

Hilfreiche oder hinderliche Faktoren wurden in den Interviews aus persönlicher Perspektive beschrieben. Eine gute personelle Ausstattung sowohl der Krankenhäuser als auch der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ist für die Sicherstellung der Behandlung mit Begleitung unerlässlich. Dies kommt vor allem in den Interviews mit den Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld zum Ausdruck. Auch wenn diese berentet sind, begleiten sie ins Krankenhaus, da die „*Einrichtungen*“ dies nach ihrer Einschätzung nicht leisten können. Dies deckt sich mit den Berichten aus den Fokusgruppengesprächen. Die Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser geben an, die Begleitung werde zu großen Teilen durch Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld erbracht, diese seien oft hochbetagt und belastet. Durch Qualitätsverträge wurde die Möglichkeit geschaffen, auf die Bedarfe dieser Zielgruppe zu reagieren, dies betreffe insbesondere die Beratung, beginnend mit der Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt. Auch sei es möglich, durch diese Struktur Informationen über Angebote und Möglichkeiten für die Zeit nach der Krankenhausbehandlung zu vermitteln. Personen aus dem persönlichen Umfeld berichten zudem, dass sie während der Behandlung auch Teile der Pflege übernehmen würden. Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen berichten, die Sicherstellung der Pflege durch vertraute Personen, die im Alltag begleiten, sei so im Krankenhaus nicht möglich. Dies führe ggf. auch zu Schwierigkeiten mit den Leistungsträgern.

Die Informationslage zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen beim Bewegen oder Halten des eigenen Körpers, der Sinne oder beim Lernen, Denken, Erinnern, Orientieren im Alltag war bisher unzureichend. Im Rahmen der Fallstudien konnten hierzu weitere Eindrücke gewonnen werden. Teilweise werden Ergebnisse des Abschlussberichtes zur Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bestätigt: „Zwar äußern sich Interviewte oft zufrieden mit der Gesundheitsversorgung, doch zugleich berichten sie auch von zahlreichen Mängeln, die sie im Kontakt mit verschiedenen Akteuren erlebt haben“¹⁴⁹.

In drei Fällen sind nach Einschätzung der interviewten Personen im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung freiheitsentziehende Maßnahmen thematisiert worden.¹⁵⁰ Gemäß CRPD-Indikatoren hinsichtlich des Art. 25 Gesundheit wurde in einem Fall dokumentiert, dass ohne die Begleitperson und nach Einschätzung der betroffenen Person eine Operation stattgefunden hätte, ohne dass sie informiert worden sei – dies betrifft das Recht auf die „*Freie und informierte Zustimmung*“.¹⁵¹

Die Ergebnisse der Untersuchung legen nahe, dass eine Begleitung im Krankenhaus für eine Vielzahl der Beteiligten, trotz bestehender Widerstände und Barrieren, eine signifikante Wirkung entfaltet. Dies betrifft sowohl Menschen mit Behinderungen als auch die Personen, die sie begleiten. Teilhabe wird dort ermöglicht, wo Menschen sich engagieren und die evidenten Lücken an verschiedenen Stellen schließen.

Gleichzeitig scheint die neue Regelung des § 44b SGB V in der Praxis eine nur geringe Wirkung zu entfalten. Die überwiegende Anzahl der persönlichen Begleitpersonen stand nicht in einem

¹⁴⁹ BMAS (Hrsg.) (2025): [Abschlussbericht](#), S.81 – online, geprüft am 14.10.2025

¹⁵⁰ Sedierungen, von denen in verschiedenen Fällen berichtet wurde, nur dann als freiheitsentziehende Maßnahme gewertet, wenn einer der Beteiligten dies so wertete. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass andere beschriebene Sedierungen nicht medizinisch notwendig gewesen sind.

¹⁵¹ Online unter: <https://bridgingthegap-project.eu/crpd-indicators/> - geprüft am 16.10.2025

Beschäftigungsverhältnis, so dass der Krankengeldanspruch nach § 44b SGB V, anders als die Übernahme der Kosten für eine Begleitperson nach § 11 SGB V, für sie keine Bedeutung hatte.

5.8.2 Ergebnisdarstellung nach Fallgruppen des Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Resultate der 62 Fallstudien werden nachfolgend anhand der drei Fallgruppen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zusammengefasst.

Die Relevanz der Begleitung in der Fallgruppe 1, so die Ergebnisse der Fallstudien, besteht im Wesentlichen in einer Dolmetscher-Funktion. Diese beinhaltet auch das Bestärken, die Abschwächung von Ängsten und die Beratung der Berufsgruppen im Krankenhaus zu Behinderungen und den individuellen Bedürfnissen der Personen. Die individuelle Kommunikation sei ohne Begleitperson für die Mitarbeit*innen des Krankenhauses nur schwer zu verstehen. Das Verhalten der Menschen mit Behinderungen werde teilweise als Aggression oder Verweigerung fehlgedeutet. Hier sei eine Begleitperson wichtig. Die Beratung der anderen Berufsgruppen durch die Begleitpersonen hatte dabei insbesondere den Umgang mit den Beeinträchtigungen und das Vermitteln der individuellen Bedarfe zum Inhalt. Zudem berichteten die Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld, auch die Pflege übernommen zu haben. Die Tätigkeiten der Begleitpersonen in den Fallstudien verfolgen somit die Zwecke der Fallgruppen 1 und 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Eine Abweichung konnte – die pflegerischen Tätigkeiten ausgenommen – nicht festgestellt werden. Teilweise schätzen die Begleitpersonen auch ein, dass die betroffene Person die Pflege durch Mitarbeiter*innen des Krankenhauses nicht zulassen würde.

Die Begleitung in den Fallstudien, die der Fallgruppe 3 zugeordnet wurden, verfolgten aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen die Aufgabe, ihre Selbstbestimmung sicherzustellen. Die Begleitung sei gegenüber dem Krankenhauspersonal hilfreich, da dieses oft mit der Begleitperson spreche und nicht mit den Menschen selbst. Der andere Zweck, der aus diesen Fallstudien abgeleitet werden kann, ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung, da das Krankenhaus diese nicht sicherstellen könne. Das heißt, eine Einbindung der Begleitpersonen in das therapeutische Konzept scheint aus Perspektive der Menschen mit Behinderungen nicht notwendig zu sein.

Auch beinhalten die Fallgruppen 1 bis 3 keine Kriterien, wonach Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen eine Begleitung benötigen. In zwei Fallstudien mit je einem Interview schätzen betroffene Menschen mit Behinderungen dies anders ein. Die Begleitung sei für die Kommunikation und die Orientierung im Krankenhaus und auf dem Gelände von besonderer Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund ist als Beleg für die Wirkung der Begleitung im Krankenhaus zu werten, dass der Prozess und die Rolle der Begleitung während des Aufenthalts durch die Menschen mit Behinderungen als sehr positiv beschrieben werden. Die Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld und der Leistungserbringer beurteilen beides differenzierter und weniger positiv, was bei der geringen Informationslage und vor dem Hintergrund der vorgestellten zusammengefassten Punkte jedoch plausibel erscheint. Ergänzt um den zeitlichen Umfang der Begleitung – die höchste Angabe entfällt auf sechs Monate – und die Aufgaben der Begleitung – in einem Fall die Sicherstellung der Behandlung durch eine Fixierung in der Nacht – ist dies nachvollziehbar. Vor allem Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld nehmen im Zusammenhang mit der Begleitung im Krankenhaus auch eine erhebliche eigene Belastung in Kauf. Die Fokusgruppe mit den Mitarbeiter*innen der Krankenhäuser schätzt dies ähnlich ein.

5.8.3 Zwischenfazit auf Basis der Fallstudien

Die Ergebnisse der Interviews in den Fallstudien zeigen, dass die Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus ein sehr komplexer und vielschichtiger Prozess ist. Es wurde deutlich, dass insbesondere zwei Zielgruppen erreicht werden konnten. Die eine Gruppe umfasst Menschen mit Beeinträchtigungen im Lernen, Denken, Erinnern und Orientieren im Alltag. Die andere Gruppe von Menschen, die erreicht wurde, haben Beeinträchtigungen im Bewegen, beim Sehen oder durch andere chronische Erkrankungen.

In den Fallstudien wurden Berichte von Menschen zusammengetragen, die unterschiedlichste Erfahrungen machten und dennoch vier Themen gemeinsam haben.

1. Das Wissen um die gesetzlichen Möglichkeiten ist häufig gering. Personen aus dem Umfeld der Menschen mit Behinderungen, die angaben, nicht informiert gewesen zu sein, beschreiben häufig, dass sie eine Versorgungslücke füllen, da die Angebote der Eingliederungshilfe aus ihrer Perspektive die Begleitung nicht leisten können. Menschen mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Sinne oder anderen chronischen Erkrankungen berichteten, sie hätten sich im Vorfeld ihrer Behandlung informiert oder seien durch ihre berufliche Tätigkeit oder andere Netzwerke informiert gewesen. Sie beschrieben wiederholt leistungsrechtliche und bürokratische Barrieren, die auf rechtlichen Abgrenzungsschwierigkeiten beruhen.
2. Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Leistungssysteme ist verbesserungsfähig. Es wurde von fünf der 13 Personen, die eine persönliche Assistenz in Anspruch nehmen, berichtet, dass es zu Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Leistung oder der Behandlung gekommen sei. In zwei dokumentierten Fällen wurde seitens der Versicherten Widerspruch gegen die Entscheidung des Trägers eingelegt, die Leistung für die Dauer des Krankenhausaufenthalts zu kürzen. In zwei weiteren Fallstudien wurde auf die Begleitung durch Alltagsassistent*innen verzichtet. In beiden Fällen erfolgte die Begleitung durch Personen aus dem persönlichen Umfeld. Die Analyse des Materials legt nahe, dass Formen der persönlichen Assistenz auch im Krankenhaus von signifikanter Relevanz sind. Eine unzureichende Begleitung kann sich erheblich auf die Selbstbestimmung der betreffenden Personen auswirken. Die Nutzung von Formen der persönlichen Assistenz ist ein wesentlicher Aspekt der Patientenversorgung. Die Notwendigkeit einer Begleitung durch persönliche Assistenten ergibt sich aus der Tatsache, dass die Pflege ohne diese Unterstützung nicht in dem erforderlichen Umfang geleistet werden kann.
3. In den 62 Fallstudien wird dreimal explizit die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen thematisiert, worin eine besondere Problematik liegt. In einem vierten Fall ist dies unklar. Einmal konnte durch die Begleitperson eine freiheitsentziehende Maßnahme verhindert werden. Einmal wertete nach Aussage der Mutter, die den Krankenaufenthalt begleitete, das Krankenhaus eine Maßnahme, die sie durchführen wollte, als freiheitsentziehende Maßnahme. Eine Fallstudie dreht sich ausschließlich um die Frage, wie eine Person behandelt werden kann, die 5-Punkt-fixiert ist. In einem Fall berichtete der Mensch mit Behinderung, ihm habe die „Schwester“ vor der Operation einen „Schwamm“ in den Mund gesteckt, dies habe ihm Angst gemacht (MmB_FS53).
4. Aus zwei Interviews geht hervor, dass die Zusammenarbeit aller am Prozess Beteiligter im Rahmen des Gesamt- und Teilhabeplanungsverfahrens nach dem SGB IX die Möglichkeit eröffnet, Teilhabe auch bei dem Erfordernis einer Krankenhausbehandlung zu gewährleisten.

Allerdings konnte nur in einem Fall ein Leistungserbringer ausfindig gemacht werden, der die Begleitung leistet.

Es wird zusammenfassend empfohlen,

- bereits in der Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamt - und Teilhabeplanverfahrens nach dem SGB IX die Notwendigkeit der Begleitung im Krankenhaus konsequenter zu prüfen und zu dokumentieren. In Situationen, die als akut oder notfallrelevant klassifiziert werden, erfolgt die Begleitung häufig durch Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, gefolgt von Personen aus dem persönlichen Umfeld der Betroffenen.
- die Anspruchsvoraussetzungen für eine Begleitung aus dem persönlichen Umfeld dahingehend zu prüfen, ob die Zugehörigkeit zum leistungsberechtigten Personenkreis nach § 2 Abs. 1 SGB IX oder § 99 SGB IX ausreichend ist, da der Verweis auf den laufenden Leistungsbezug in § 44b Abs. 1 SGB V praktisch zu Schwierigkeiten im Verfahren für Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld führt.
- einen einheitlichen Umgang mit pflegerischen Maßnahmen während der Krankenhausbehandlung sicherzustellen. In nahezu allen Fallstudien gaben Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld an, auch Pflegeleistungen erbracht zu haben. Demgegenüber sehen sich Menschen, die eine persönliche Assistenz nutzen, oft mit Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit den Leistungsträgern konfrontiert.
- die Beratungs- und Informationslage gezielt zu verbessern. Krankenhäuser als Anlaufstellen für Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld und für Leistungserbringer können in diesem Kontext eine bedeutende Rolle einnehmen. Die Etablierung von Qualitätsverträgen ermöglicht es Krankenhäusern, auch hochbelastete Angehörige in ihre Dienste zu integrieren, sie zu konsultieren und somit eine bislang vernachlässigte Zielgruppe der gesetzlichen Änderungen in den Fokus zu rücken.
- in Krankenhäusern zielgerichtete Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung mit Blick auf die Bedarfe sowie individuellen Kommunikationsmöglichkeiten und -hilfen von Menschen mit Behinderungen zu implementieren. Dies betrifft auch den Umgang mit individuellen Verhaltensweisen von Menschen mit Behinderungen in Belastungssituationen, die im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung stehen.
- dass die Aufnahme von Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld sowie die Regelungen zum Lohnausfall weiterhin gewährleistet werden, während gleichzeitig die Implementierung einfacher Abläufe forciert wird.

6. Rechtswissenschaftliche Analyse der Leistungserbringung und Regelungspraxis

6.1 Verpflichtung der Krankenhäuser zur barrierefreien Leistungserbringung

Die Pflicht zu einer barrierefreien Leistungserbringung im Krankenhaus ergibt sich aus verschiedenen Rechtsquellen, die hier nur kurz dargestellt werden können.

Übergeordnete Verpflichtungen zur Barrierefreiheit ergeben sich aus dem Benachteiligungsverbot gemäß Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG i.V.m. der UN-Behindertenrechtskonvention.

Gemäß Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Neben der abwehrrechtlichen Dimension ergibt sich hieraus auch ein Förderauftrag an den Staat, nach Maßgabe der verfügbaren finanziellen, personellen, sachlichen und organisatorischen Möglichkeiten auf die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen hinzuwirken.¹⁵² Nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG liegt eine Benachteiligung nach Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG

„[...] nicht nur bei Maßnahmen vor, die die Situation von Behinderten wegen der Behinderung verschlechtern. Eine Benachteiligung kann auch bei einem Ausschluss von Entfaltungs- und Betätigungsmöglichkeiten gegeben sein, wenn dieser Ausschluss nicht durch eine auf die Behinderung bezogene Förderungsmaßnahme hinlänglich kompensiert wird.“¹⁵³

Weitergehende Verpflichtungen zu einer behinderungsgerechten Gesundheitsversorgung ergeben sich aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Die UN-BRK ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der die Menschenrechte nach den allgemeinen völkerrechtlichen Verträgen für Menschen mit Behinderungen konkretisiert und z.T. ergänzt.¹⁵⁴ Die UN-BRK wurde von Deutschland ratifiziert (Art. 59 Abs. 2 GG) und ist damit verbindliches Recht geworden. Sie steht im Rang eines einfachen Bundesgesetzes, gleichzeitig kommt ihr aber eine besondere Bedeutung zu, da sie bei der Auslegung sowohl des einfachen Rechts als auch des Verfassungsrechts heranzuziehen ist.¹⁵⁵

Art. 25 UN-BRK beinhaltet ein Recht auf eine diskriminierungsfreie und zugängliche Gesundheitsversorgung. Art. 9 Abs. 1 S. 1 UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten zu geeigneten Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten. Diese Maßnahmen, welche die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und -barrieren einschließen, gelten gemäß Art. 9 Abs. 1 S. 2 lit. a UN-BRK unter anderem auch für medizinische Einrichtungen. Hierzu müssen die Vertragsstaaten Barrieren

¹⁵² BVerfG, Beschl. v. 16.12.2021, 1 BvR 1541/20, BVerfGE 160, 79 (112), juris Rn. 94; Jarass, in: Jarass/Pieroth, GG, 2024, Art. 3 Rn. 167; Kischel, in: BeckOK GG, Art. 3 Rn. 237, Stand: 15.09.2025.

¹⁵³ BVerfGE 96, 288 (303); BVerfG, NJW 2016, 3013 (3013); BVerfGE 151, 1 (24); BVerfG, NJW 2020, S. 1282 (1283); vgl. auch: BVerfGE 160, 79 (112).

¹⁵⁴ Banafshe, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK Behindertenrecht, 2022, Behindertenrechtskonvention, Rn. 7.

¹⁵⁵ BVerfG, Beschl. v. 26.03.1987, 2 BvR 589/79, 2 BvR 740/81, 2 BvR 284/85, juris Rn. 35; BVerfG, Beschl. v. 14.10.2004, 2 BvR 1481/04, juris Rn. 32; BVerfG, Urt. v. 04.05.2011, 2 BvR 2333/08, 2 BvR 2365/09, 2 BvR 571/10, 2 BvR 740/10, 2 BvR 1152/10, juris Rn. 88; BVerfG, Beschl. v. 26.07.2016, 1 BvL 8/15, juris Rn. 88; BVerfG, Urt. v. 24.07.2018, 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, juris Rn. 86 ff.; BVerfG, Beschl. v. 29.01.2019, 2 BvC 62/14, juris Rn. 62; BVerfG, Beschl. v. 30.01.2020, 2 BvR 1005/18, juris Rn. 40; BVerfG, Beschl. v.

16.12.2021, 1 BvR 1541/20, juris Rn. 100 ff.; BVerfG, Urt. v. 22.11.2023, 1 BvR 2577/15, 1 BvR 2578/15, 1 BvR 2579/15, juris Rn. 118 f.;

Banafshe, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK Behindertenrecht, 2022, Behindertenrechtskonvention, Rn. 12; Banafshe, in:

Banafshe/Platzer, Soziale Menschenrechte und Arbeit, 2015, S. 57 (74 f.); Kotzur/Richter, in: Welke, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 81 (83); Kroworsch, NDV 2015, S. 337 (337 f.); Aichele, AnwBl. 2011, S. 727 (728).

abbauen, also die Rahmenbedingungen „präventiv“ so gestalten, dass keine Zugangsbarrieren mehr bestehen.¹⁵⁶ Dies soll beispielsweise durch die Entwicklung von Barrierefreiheitsstandards realisiert werden.¹⁵⁷ Das Verständnis von Zugänglichkeit gemäß Art. 9 UN-BRK ist umfassend, sodass nicht nur die räumliche Zugänglichkeit, sondern auch die Zugänglichkeit von Informationen und Kommunikation, Dienstleistungen und Prozessen einbezogen wird.¹⁵⁸ Dieses Verständnis von Zugänglichkeit entspricht weitgehend dem Begriff der Barrierefreiheit in § 4 BGG.¹⁵⁹ Das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) des Bundes und die insoweit gleichgerichteten Gesetze der Länder verpflichten Träger öffentlicher Gewalt zur Herstellung von Barrierefreiheit, insbesondere in den Bereichen des Bauens, der Kommunikation sowie der Gestaltung von Websites. Das Behindertengleichstellungsgesetz adressiert im Wesentlichen die in § 1 Abs. 1a BGG genannten Träger öffentlicher Gewalt („Bundesbehörden“).¹⁶⁰ Landesbehörden sollen gemäß § 1 Abs. 2 S. 2 BGG bei der Ausführung von Bundesrecht im Rahmen ihres jeweiligen Aufgabenbereichs die in Absatz 1 genannten Ziele aktiv fördern und bei der Planung von Maßnahmen beachten. Im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung spielt das BGG Bund insoweit keine bedeutende Rolle, da die Krankenhausplanung gemäß § 6 Abs. 1 KHG von den Ländern wahrgenommen wird, die entsprechende Krankenhausgesetze erlassen haben.¹⁶¹ Die Länder sind bei der Aufstellung von Krankenhausplänen sowie bei der Entwicklung von Investitionsprogrammen an die Landesbehindertengleichstellungsgesetze gebunden, die inhaltlich mit dem BGG vergleichbar sind.¹⁶² Auch die Kommunen und Körperschaften des öffentlichen Rechts sind i.d.R. an die Landesbehindertengleichstellungsgesetze gebunden,¹⁶³ was für Krankenhäuser in Trägerschaft der Universitäten (Universitätskliniken) und in kommunaler Trägerschaft bedeutet, dass auch sie die Vorgaben bspw. hinsichtlich der baulichen Barrierefreiheit umsetzen müssen.

Die Krankenkassen müssen gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I darauf hinwirken, dass ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden. Wie bereits aufgezeigt wurde, sind aber die Pflichten zur Barrierefreiheit viel weiter reichend und nicht auf die räumliche Barrierefreiheit beschränkt. Gemäß § 2a SGB V ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Die Vorschrift ist bei der Auslegung und Anwendung des gesamten Krankenversicherungsrechts sowohl für die Krankenkassen als auch Leistungserbringer verbindlich.¹⁶⁴

§ 17 Abs. 2 SGB I beinhaltet zudem einen Anspruch für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderungen bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, in deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärdensprache oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren. Der Anspruch richtet sich gegen die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger. Diese sind gemäß § 17 Abs. 2 S. 2 SGB I verpflichtet, die durch die Verwendung der Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen.¹⁶⁵ Für den Personenkreis der Menschen mit intellektuellen und psychischen Beeinträchtigungen regelt § 17 Abs. 2a SGB I, dass § 11 BGG, wonach Träger öffentlicher Gewalt mit Menschen mit geistigen

¹⁵⁶ Welti, in: FS Höland, 2015, S. 245 (250); Palleit, Systematische „Enthinderung“: UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet zum Barriereabbau, Position Nr. 7 der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, 2012, S. 3.

¹⁵⁷ CRPD, General Comment Nr. 2 on Article 9: Accessibility, 22.5.2014, UN-Doc. CRPD/C/GC/2, Rn. 25.

¹⁵⁸ CRPD, General Comment No. 2, Article 9 Accessibility, 2014, CRPD/C/GC/2, Rn. 13; Palleit, Systematische „Enthinderung“: UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet zum Barriereabbau, 2012, S. 2 f.

¹⁵⁹ Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 2018, S. 82 f.; vgl. auch: Welti, in: Welke, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S. 127 (130).

¹⁶⁰ Vgl. Janßen, in: Koehler/Bernabé (Hrsg.), E-Health für ältere Menschen: Deutsche Leichte Sprache als Türöffner, 2024, S. 101 (113 f.).

¹⁶¹ Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2017, § 4, Rn. 1 ff.

¹⁶² Ritz/Hlava/Ramm, in: Fuchs/Ritz/Rosenow, SGB IX, 2021, § 1 BGG, Rn. 5.

¹⁶³ Welti, SGB 2024, S. 389 (390).

¹⁶⁴ Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, S. 197 f.

¹⁶⁵ Siehe hierzu vertiefend: Engels et al., Evaluierung des novellierten Behindertengleichstellungsgesetzes. Forschungsbericht im Auftrag des BMAS, S. 128.

Behinderungen und Menschen mit seelischen Behinderungen in einfacher und verständlicher Sprache kommunizieren sollen, in seiner jeweils geltenden Fassung bei der Ausführung von Sozialleistungen entsprechend gilt. Das bedeutet, dass bei Bedarf einfache oder Leichte Sprache auch bei der Ausführung der Krankenbehandlung seitens des medizinischen Personals zu verwenden sind.¹⁶⁶ Auch hierauf haben die Leistungsträger, z.B. über die Instrumente des Leistungserbringungsrechts hinzuwirken. § 33c SGB I bekräftigt das Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung für das gesamte Sozialrecht.

Die Länder sind bei der Krankenhausplanung nicht unmittelbar an § 17 SGB I gebunden, jedoch ergibt sich die Verpflichtung, im Rahmen der Krankenhausplanung auf Barrierefreiheit hinzuwirken, teilweise explizit aus den Krankenhausgesetzen der Länder.¹⁶⁷ Ein Beispiel hierfür ist das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW). Dort ist in § 3 Abs. 3 geregelt, dass die Krankenhäuser die besonderen Belange behinderter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens berücksichtigen und entsprechende Behandlungskonzepte entwickeln müssen.

Sind bestimmte Bereiche (noch) nicht barrierefrei, oder reicht die barrierefreie Gestaltung im Einzelfall nicht aus, sind angemessene Vorkehrungen geboten. Hierunter sind gemäß Art. 2 U-Abs. 4 UN-BRK notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen zu verstehen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können. Als angemessene Vorkehrung kann auch die Bereitstellung personeller Hilfen wie z.B. von Gebärdensprachdolmetscher*innen oder persönlicher Assistenz gelten.¹⁶⁸ Die Versagung von angemessenen Vorkehrungen stellt gemäß Art. 2 U-Abs. 3 UN-BRK eine Diskriminierung dar, die gemäß Art. 5 Abs. 2 UN-BRK verboten ist.

Die Pflicht zur barrierefreien Krankenhausbehandlung folgt auch aus zivilrechtlichen Regelungen. Sie kann beim Krankenhausaufnahmevertrag gemäß § 630a BGB als Rücksichtnahmepflicht gemäß § 241 Abs. 2 i.V.m. § 242 BGB eingestuft werden.¹⁶⁹ Darüber hinaus kann mangelnde Barrierefreiheit im Krankenhaus ohne entsprechende Ausgleichsmaßnahmen im Einzelfall auch eine Diskriminierung gemäß § 19 Abs. 1 Nr. 1 AGG darstellen.¹⁷⁰

6.2 Potenziale des Leistungserbringungsrechts zur Verwirklichung einer barrierefreien Krankenhausbehandlung¹⁷¹

Gemäß § 108 SGB V dürfen Krankenkassen die Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen. Gemäß § 109 Abs. 4 S. 1 SGB V wird das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach Satz 1 für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Bei Hochschulkliniken (§ 108 Nr. 1 SGB V) und Plankrankenhäusern (§ 108 Nr. 2 SGB V) wird der Abschluss eines Versorgungsvertrags gemäß § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V durch die Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften bzw. durch die Aufnahme in den

¹⁶⁶ Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 2018, S. 216.

¹⁶⁷ Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 2018, S. 465 ff.

¹⁶⁸ Aichele, Barrieren im Einzelfall überwinden: Angemessene Vorkehrungen gesetzlich verankern. Position Nr. 5 der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, 2012, S. 2; Welti/Frankenstein/Hlava, SGB 2019, S. 317 (322).

¹⁶⁹ Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 2018, S. 238 f.

¹⁷⁰ A.a.O., S. 241 ff.; Welti, Zugänglichkeit und Barrierefreiheit der gesundheitlichen Infrastruktur – rechtliche Anforderungen – Teil 1. DF-Beitrag D7-2016, unter www.reha-recht.de.

¹⁷¹ Die nachfolgenden Ausführungen basieren teilweise auf der nicht veröffentlichten Masterarbeit von Christina Janßen, welche im Juli 2021 im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Kassel vorgelegt wurde.

Krankenhausplan fingiert.¹⁷² Das jeweils zugelassene Krankenhaus ist gemäß § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der in der GKV Versicherten verpflichtet. Der Versorgungsauftrag beschreibt „Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, mit denen das Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist und die es gegenüber den Patienten oder deren Kostenträgern abrechnen kann“.¹⁷³

6.2.1 Krankenhausfinanzierung

In diesem Bericht können nicht alle Einzelheiten der Krankenhausfinanzierung wiedergegeben werden, vielmehr sollen die nachfolgenden Ausführungen einen groben Überblick verschaffen.¹⁷⁴

Gemäß § 4 KHG werden die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung durch die Bundesländer übernommen werden (§ 4 Nr. 1 KHG)¹⁷⁵ und sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten (§ 4 Nr. 2) (duale Finanzierung¹⁷⁶). Im Zusammenhang mit der behinderungsgerechten Versorgung in Krankenhäusern ist das Pflegesatzrecht von besonderer Bedeutung. Dieses basiert gemäß § 17b Abs. 2 KHG im Wesentlichen auf pauschalierten Pflegesätzen (Fallpauschalen bzw. DRGs). Die Behandlungsfälle werden auf Grundlage der jeweiligen Diagnose(n), Behandlungsprozeduren und des Ressourcenverbrauchs in Fallgruppen unterteilt, die unterschiedlich vergütet werden („Preissystem“¹⁷⁷).¹⁷⁸ Detailliertere Regelungen zu den Pflegesätzen für die voll- und teilstationären Leistungen in DRG-Krankenhäusern trifft das KHEntgG.¹⁷⁹

Grundlage der Krankenhausvergütung ist die Pflegesatzvereinbarung, die gemäß § 11 Abs. 1 S. 1 und 2 KHEntgG i.V.m. § 18 KHG jedes Krankenhaus bzw. der Krankenhausträger mit den Sozialleistungsträgern, die für die Krankenhausfinanzierung zuständig sind (in erster Linie Krankenkassen), prospektiv und damit i.d.R. für das folgende Kalenderjahr (§ 11 Abs. 2 S. 1 KHEntgG),¹⁸⁰ zu treffen hat.¹⁸¹

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz¹⁸² wurden die Pflegepersonalkosten zum 01.01.2020 aus den DRG-Pauschalen ausgegliedert, und die Krankenhausvergütung wurde in ein kombiniertes System aus DRG-Fallpauschalen und einer Pflegekostenvergütung überführt (a-DRG).¹⁸³ Künftig sollen die Pflegepersonalkosten unabhängig von den Fallpauschalen auf Grundlage der tatsächlichen

¹⁷² Becker, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 109, Rn. 16; Joussen, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, § 109 SGB V, Rn. 1; Hänlein, Recht der sozialen Dienste, 2018, § 5, Rn. 163 f.

¹⁷³ SG Halle, Urt. v. 25.04.2018, S 22 KR 336/14, juris Rn. 77.

¹⁷⁴ Für einen umfassenderen Überblick sei auf folgende Ausführungen hingewiesen: Halbe/Orlowski, in: Clausen/Schroeder-Printzen, MAH Medizinrecht, 2020, § 13, Rn. 152 ff.; Prütting, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2017, § 5.

¹⁷⁵ Siehe zur Investitionsförderung ausführlich: Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, 2018, § 26, Rn. 37 ff.; Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 2019, § 81, Rn. 61 ff.

¹⁷⁶ Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 81, Rn. 15; Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, 2018, § 26, Rn. 11 ff.; Igl, in: Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 2022, § 20, Rn. 45; Jaster, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, § 4 KHG, Rn. 1; Hänlein, Recht der sozialen Dienste, 2018, § 5, Rn. 153.

¹⁷⁷ Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, 2018, § 26, Rn. 266; bis zu den Reformen im Zuge des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 wurden die Krankenhausleistungen im Wesentlichen durch tagesgleiche Pflegesätze finanziert. Diese beruhten auf der tatsächlich erbrachten Leistung des Krankenhauses. Das Budget wurde durch die Berechnungstage dividiert und so diagnoseunabhängig ein Pflegesatz pro Tag und Patient berechnet (sog. „Budgetsystem“).

¹⁷⁸ Igl, in: Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 2022, § 20, Rn. 48; Chandna-Hoppe, NZS 2020, S. 81 (82 f.); Wasem/Walendzik/Thomas, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2017, § 1, Rn. 67.

¹⁷⁹ Lungstras/Bockholdt, NZS 2021, S. 1 (5).

¹⁸⁰ Starzer, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2022, § 11 KHEntgG, Rn. 3.

¹⁸¹ Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, 2018, § 26, Rn. 456 ff.

¹⁸² Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11.12.2018, BGBl. I, S. 2394, einen umfassenden Überblick über die Änderungen bietet: Rau, das Krankenhaus 2018, S. 1113 ff.

¹⁸³ BT-Drs. 19/4453, S. 41.

Aufwendungen des Krankenhauses mit tagesgleichen Entgelten vergütet werden (§ 7 Abs. 1 Nr. 6a KHEntgG).¹⁸⁴ Ziel war die Verbesserung der Pflegesituation in den Krankenhäusern, die sich im Zusammenhang mit dem DRG-System verschlechtert hatte.¹⁸⁵

Neben den Fallpauschalen (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG) und den Pflegeentgelten (§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG) können noch weitere Entgelte vereinbart werden, die auch hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit Behinderungen förderlich sein können.

Gemäß § 17 Abs. 1 S. 7 KHG können von den Vertragsparteien auf Bundesebene bspw. Zusatzentgelte vereinbart werden, wenn dies in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist. Es handelt sich hierbei um Fälle, in denen das Relativgewicht der DRG-Pauschalen einzelne Behandlungsfälle nicht sachgerecht abbilden kann, da sie sehr behandlungsintensiv sind und entsprechend häufig zu einer Kostenunterdeckung führen.¹⁸⁶ Die Zusatzentgelte nach § 17 Abs. 1 S. 7 KHG werden abschließend in Anlage 2 und Anlage 5 des Fallpauschalenkatalogs 2025 aufgeführt. Seit 2018 können beispielsweise unter bestimmten Voraussetzungen Zusatzentgelte für den „erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten“ abgerechnet werden (ZE 162, ZE 163¹⁸⁷).¹⁸⁸ Diese Zusatzentgelte erhält das Krankenhaus jedoch nur für die Behandlung Pflegebedürftiger ab Pflegegrad 3, weiterhin lediglich bei einer Mindestverweildauer von fünf Belegungstagen. Zudem können nach der Anlage 4 des Fallpauschalenkatalogs krankenhausindividuelle Zusatzentgelte gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG für die „Versorgung von Schwerstbehinderten“ (ZE2021-36) vereinbart werden.

Im Endeffekt obliegt es somit den Vereinbarungspartnern, entsprechende Entgelte in die Pflegesatzvereinbarung einzubeziehen.

6.2.2 Barrierefreiheit als Qualitätsmerkmal des Krankenhauses

Eine barrierefreie Leistungserbringung stellt auch ein Qualitätsmerkmal des Krankenhauses dar, welches im Wege der Krankenhausplanung durch die Länder umzusetzen ist.¹⁸⁹ Zudem sieht auch das SGB V Qualitätssicherungsmechanismen vor, die zur Förderung der Barrierefreiheit beitragen können.

Das Verfahren und insbesondere der Inhalt der Qualitätsprüfungen wird im Wesentlichen durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 136b SGB V) bestimmt.¹⁹⁰ Gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V fasst dieser für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichten strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser.¹⁹¹ Gemäß § 8 Abs. 1 der Regelungen haben die Krankenhäuser gemäß § 4 die Qualitätsberichte mit Ausnahme der

¹⁸⁴ BT-Drs. 19/4453, S. 114; Schaffert, KU Gesundheitsmanagement 2019, S. 56 (56); Nakielski, SozSich 2019, S. 53 (55); Rau, Das Krankenhaus 2018, S. 1113 (1114).

¹⁸⁵ Lux, RDG 2019, S. 234 (234); Nakielski, SozSich 2019, S. 53 (54); Halbe/Orlowski, in: Clausen/Schroeder-Printzen, MAH Medizinrecht, 2020, § 13, Rn. 299.

¹⁸⁶ Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, 2018, § 26, Rn. 369; Prütting, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2017, § 5, Rn. 86; Lungstras/ Bockholdt, NZS 2021, S. 1 (10); Chandna-Hoppe, NZS 2020, S. 81 (83).

¹⁸⁷ Anlage 2 und Anlage 5 des Fallpauschalenkatalogs 2025, verfügbar unter: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2025>.

¹⁸⁸ Fiori/Bunzemeier/Babapirali/Roeder, das Krankenhaus 2018, S. 32 (33).

¹⁸⁹ Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 2018, S. 465 ff.; Igl, in: Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 2022, § 20, Rn. 34.

¹⁹⁰ Igl, in: Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 2022, § 20, Rn. 35 ff.

¹⁹¹ G-BA, Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 18. Juni 2025 (BAnz AT 01.08.2025 B4).

in den Kapiteln C-1, C-6.2 und C-9 der Anlage vorgesehenen Angaben jährlich unter Berücksichtigung der für das Berichtsjahr geltenden Anlage in Verbindung mit den Anhängen zu erstellen und in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Unter dem Abschnitt A7 haben die Krankenhäuser auch Daten zur Barrierefreiheit anzugeben, die in einer Auswahlliste im Anhang näher konkretisiert und codiert werden.¹⁹² Neben Kriterien, welche die Barrierefreiheit für Menschen mit körperlichen, Hör- oder Sehbeeinträchtigungen betreffen, werden dort auch Maßnahmen genannt, die zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung zu treffen sind. In diesem Bereich müssen die Krankenhäuser z.B. angeben, welche besondere personelle Unterstützung es für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung gibt (beispielsweise bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss.¹⁹³ Wenn die Aspekte der Barrierefreiheit nur eingeschränkt verwirklicht sind, muss dies unter Angabe von Gründen verpflichtend kommentiert werden.¹⁹⁴ Die Qualitätsberichte werden gemäß § 136b Abs. 7 SGB V veröffentlicht, damit sich Patient*innen bei ihrer Entscheidung für ein Krankenhaus ggf. daran orientieren können. Zur Veröffentlichung ist u.a. das Krankenhaus selbst gemäß § 136b Abs. 7 S. 3 SGB V verpflichtet.¹⁹⁵ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat gemäß § 137 Abs. 1 S. 1 SGB V zur Förderung der Qualität auch ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen. Er ist gemäß § 137 Abs. 1 S. 2 SGB V ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Die Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL)¹⁹⁶ des G-BA sieht in § 4 Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung vor. Je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen können gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 QFD-RL auch angemessene Durchsetzungsmaßnahmen nach § 5 vorgesehen werden, die beispielsweise auch Vergütungsabschläge umfassen.

Mit § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 4 Hs. 1 SGB V wird der G-BA zudem beauftragt, für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu fassen, zu denen Verträge nach § 110a SGB V mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen. Dem ist der G-BA mit dem „Beschluss über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V“¹⁹⁷ nachgekommen. Danach wurde unter anderem die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus als Leistungsbereich festgelegt, zu denen Qualitätsverträge nach § 110a SGB V mit Anreizen für Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen. Bis August 2025 nahmen jedoch nur drei Krankenhäuser deutschlandweit an der Erprobung von Qualitätsverträgen in diesem Bereich teil.¹⁹⁸

6.2.3 Zwischenergebnis

Wie aufgezeigt wurde, bietet das Leistungserbringungsrecht einige Möglichkeiten, die Barrierefreiheit der Krankenhausbehandlung voranzubringen. Damit es nicht zu Versorgungsdefiziten

¹⁹² Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 2018, S. 457.

¹⁹³ G-BA, Qb-R, Anhang 2, S. 7.

¹⁹⁴ G-BA, Qb-R, Anlage für das Berichtsjahr 2024, S. 12; Hlava, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 2018, S. 458.

¹⁹⁵ Siehe zum Ganzen: Daum, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, § 136b SGB V, Rn. 10a.

¹⁹⁶ G-BA, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V (Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie/QFD-RL) vom 18. April 2019, BAnz AT 24.09.2019 B1.

¹⁹⁷ G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V vom 18.5.2017, BAnz AT 08.06.2017 B4.

¹⁹⁸ G-BA, Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, 2025, S. 86.

kommt, haben sowohl die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen gemäß § 11 KHEntgG darauf hinzuwirken, dass eine auskömmliche Vergütung vereinbart wird und hierbei auch die aufgrund von Pflegebedürftigkeit bestehenden Bedarfe, z.B. durch die Einbeziehung von Zusatzentgelten (ZE 162 und 163) sowie auch die krankenhausindividuellen Zusatzentgelte für die Versorgung von Schwerstbehinderten (ZE2021-36), in hinreichendem Umfang berücksichtigt werden. Hierfür sollten die Krankenhäuser den Mehraufwand dokumentieren. Des Weiteren sollte Barrierefreiheit konsequent als Qualitätsmerkmal verstanden werden und ggf. mit den entsprechenden Mitteln, dabei ggf. auch durch finanzielle Anreize, durchgesetzt werden.

6.3 Abgrenzung der Leistungen zur Krankenhausbehandlung und Leistungen zur Krankenhausbegleitung

6.3.1 Leistungsumfang der Krankenhausbehandlung

Gemäß § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Damit ist für die Krankenbehandlung allgemein das Vorliegen einer Krankheit notwendig. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist Krankheit „[...] ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht.“¹⁹⁹ Die besonderen Voraussetzungen der Krankenhausbehandlung ergeben sich aus § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V. Danach haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Gemäß § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Die Krankenhausbehandlung ist damit als „komplexe Gesamtleistung“ zu verstehen.²⁰⁰ Im Detail sind alle Leistungen umfasst, die für die Erreichung eines der in § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Behandlungsziele erforderlich sind. Somit führt § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V nur beispielhaft Leistungen auf, die typischerweise im Krankenhaus erbracht werden, und hat keinen abschließenden Charakter („insbesondere“).²⁰¹ Zu den Krankenhausleistungen sind zudem Leistungen zu zählen, die lebensnotwendige Bedürfnisse abdecken, die auch außerhalb des Krankenhauses anfallen, wie Unterkunft und Verpflegung sowie Grundpflege.²⁰²

Darüber hinaus können die Leistungen nach § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V auch Leistungen zur sozialen Betreuung und Beratung der Patienten umfassen.²⁰³ Hierzu haben die Vertragsparteien auf Landesebene gemäß § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB V Vereinbarungen abzuschließen. Diese rein subsidiären Leistungen des Krankenhauses, die i.d.R. durch den Sozialdienst wahrgenommen

¹⁹⁹ Siehe bspw.: BSG, Urt. v. 28.02.2008, B 1 KR 19/07 R, juris Rn. 10; BSG, Urt. v. 19.10.2004, B 1 KR 3/03 R, juris Rn. 12.

²⁰⁰ BSG, Urt. v. 28.02.2007, B 3 KR 15/06 R, juris Rn. 12; BSG, Urt. v. 10.04.2008, B 3 KR 19/05 R, juris Rn. 17; BSG, Urt. v. 26.04.2022, B 1 KR 26/21 R, juris Rn. 23.

²⁰¹ Barkow-von Creytz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2022, § 39 SGB V, Rn. 25; Becker, in: Becker/Kingreen, SGB V, 2024, § 39, Rn. 26.

²⁰² Tolmein, in: ForseA e.V. (Hrsg.), Ich muss ins Krankenhaus ... und nun?, 2007, S. 34 (40).

²⁰³ Barkow-von Creytz, in: Spickhoff, Medizinrecht, § 39 SGB V, Rn. 25; Wahl, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2025, § 39, Rn. 94.

werden, zielen unter anderem auf die Vermeidung oder Bewältigung von Konflikten im sozialen Umfeld der versicherten Person und sollen ihr bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen unterstützen.²⁰⁴ Weiterhin haben diese Leistungen zum Ziel, die aus der Erkrankung erwachsenen Belastungen abzubauen oder zu mildern.²⁰⁵ Die Leistungen werden aber in der Regel keine umfangreicheren Leistungen zur Sozialen Teilhabe ersetzen können, sondern können lediglich als zusätzliche Unterstützung in Anspruch genommen werden.

6.3.2 Leistungsumfang der Krankenhausbegleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX und § 44b SGB V

Die Leistungen zur Sozialen Teilhabe sollen im Wege primär pädagogischer Unterstützung die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Krankenbehandlung überhaupt durchgeführt werden kann. Sie werden gemäß § 113 Abs. 1 S. 1 SGB IX erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Hierzu gehört gemäß § 113 Abs. 1 S. 2 SGB IX, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. Für die Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach Teil 2 des SGB IX ist zunächst das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung gemäß § 99 SGB IX Voraussetzung.²⁰⁶ Die Leistungen knüpfen somit an die Behinderung und nicht an eine Krankheit an. Dabei beeinflussen sich Gesundheit und Behinderung aber wechselseitig. Eine gute gesundheitliche Versorgung wird als Grundvoraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe angesehen.²⁰⁷ Hierfür ist es aber erforderlich, dass Menschen mit Behinderungen die entsprechende Unterstützung, auch im Rahmen der Leistungen zur Sozialen Teilhabe, erhalten.

Die Leistungen zur Krankenhausbegleitung umfassen gemäß § 113 Abs. 6 S. 3 SGB IX Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen als nichtmedizinische Nebenleistungen zur stationären Krankenhausbehandlung.

6.3.2.1 Schnittstellen zu Kommunikationshilfen gemäß § 17 Abs. 2 SGB I und rechtlicher Betreuung gemäß §§ 1814 ff. BGB

Die Leistungen zur Verständigung können sich inhaltlich mit den im Rahmen der Krankenversicherung zu leistenden Kommunikationshilfen gemäß § 17 Abs. 2 SGB I überschneiden. Gemäß § 17 Abs. 2 S. 1 SGB I haben Menschen mit Hörbehinderungen und Menschen mit Sprachbehinderungen das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, in Deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärdensprache, mit über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren. Die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sind gemäß § 17 Abs. 2 S. 2 SGB I verpflichtet, die durch die Verwendung der Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu übernehmen. Zu den Kommunikationshilfen zählen gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 der Kommunikationshilfenverordnung (KHV) auch Kommunikationshelfer*innen. Dies sind gemäß § 3 Abs. 2 S. 2 KHV insbesondere auch Kommunikationsassistent*innen oder sonstige Personen des Vertrauens der Berechtigten. Unter Sprachbehinderungen sind alle Beeinträchtigungen zu fassen, die die Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung derart einschränken, dass keine gleichberechtigte

²⁰⁴ Becker, in: Becker/Kingreen, SGB V, 2024, § 112, Rn. 11; Thomae, in: Berchthold/Huster/Rehborn, NK Gesundheitsrecht, 2018, § 112 SGB V, Rn. 12; Szabados, in Spickhoff, Medizinrecht, 2022, § 112 SGB V, Rn. 11; Daum, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2025, § 112, Rn. 87.

²⁰⁵ Szabados, in Spickhoff, Medizinrecht, 2022, § 112 SGB V, Rn. 11.

²⁰⁶ Zinsmeister, in: Dau/Düwell/Joussen/Luik, LPK-SGB IX, 2022, § 113, Rn. 2.

²⁰⁷ Nicklas-Faust, in: Fröhlich/Heinen/Klauß/Lamers, Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär, 2011, S. 61 (69).

Teilhabe gewährleistet werden kann.²⁰⁸ Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörfunktionen können dabei in unterschiedlichem Ausmaß betroffen sein.²⁰⁹ Zu den Sprachbehinderungen zählen nicht nur Störungen, die die Artikulation betreffen, vielmehr kann auch die Rezeption von Sprache, im Sinne des Sprachverständnisses beeinträchtigt sein.²¹⁰ Ursächlich für die Sprachbehinderung kann auch eine kognitive Beeinträchtigung sein.²¹¹ Grundsätzlich gehen aber die Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX weit über die Kommunikationshilfen gemäß § 17 Abs. 2 SGB I hinaus. Gefordert wird hierbei ein enges Vertrauensverhältnis zwischen dem Menschen mit Behinderung und der Begleitperson, das dieser ermöglicht, „[...] die individuellen Reaktionsweisen (z. B. besondere Äußerungsformen von Schmerzen) des Menschen mit Behinderungen zu verstehen und als Kommunikationsvermittler bei der Diagnostik, Patientenaufklärung, Behandlung und Pflege zu fungieren.“²¹² Dieses enge Vertrauensverhältnis wird bei den Kommunikationshilfen gemäß § 17 Abs. 2 SGB I gerade nicht gefordert, sodass die Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX auch nicht ohne Weiteres unter Verweis auf vorrangige Kommunikationshilfen abgelehnt werden können. Dennoch bleiben diese Hilfen gemäß § 113 Abs. 6 S. 5 SGB IX unberührt, sodass grundsätzlich auch die gleichzeitige Inanspruchnahme möglich ist.

Weiterhin kann es gerade im Bereich der Kommunikation auch zu Überschneidungen mit einer im Einzelfall eingerichteten rechtlichen Betreuung kommen. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Begleitperson nicht berechtigt ist, stellvertretend Willenserklärungen (z.B. beim Abschluss des Behandlungsvertrags gemäß § 630a BGB) für den Menschen mit Behinderungen abzugeben oder gemäß § 630d Abs. 1 S. 2 BGB als Berechtigter stellvertretend in Behandlungsmaßnahmen einzuwilligen und die Patientenaufklärung gemäß § 630e Abs. 4 BGB entgegenzunehmen.²¹³ Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Begleitung durch Angehörige erfolgt, die gleichzeitig die rechtliche Betreuung gemäß §§ 1814 ff. BGB übernommen haben oder gemäß § 1814 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 BGB i.V.m. § 1820 Abs. 1 und 2 BGB bevollmächtigt wurden. Mitarbeitende von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe werden i.d.R. aufgrund des Ausschlusses gemäß § 1816 Abs. 6 BGB keine Bevollmächtigten oder Betreuer sein. Es ist aber möglich, dass die Begleitperson den Menschen mit Behinderung soweit beim Verständnis von Informationen und der Kommunikation unterstützt, dass die Einwilligungsfähigkeit, die stets situativ zu bewerten ist,²¹⁴ für die jeweilige Behandlungsmaßnahme (wieder) hergestellt werden kann. Auch bei Einwilligungsunfähigkeit im juristischen Sinne kann durch die Leistung gemäß § 113 Abs. 6 S. 3 SGB IX dazu beigetragen werden, dass die Entscheidung für oder gegen eine medizinische Maßnahme dem Willen des Betroffenen im Sinne des von Art. 25 S. 3 lit. d UN-BRK geforderten „free and informed consent“ bestmöglich entspricht.²¹⁵ In dem Zusammenhang empfehlen sich aber enge Absprachen mit der rechtlichen Betreuung, sofern diese für den Aufgabenbereich Gesundheitssorge zuständig ist. Bei noch nicht einwilligungsfähigen Kindern und Jugendlichen müssen i.d.R. die Eltern als gesetzliche Vertreter (§§ 1626, 1629) in Behandlungsmaßnahmen einwilligen.²¹⁶ Ehegatten wird über § 1358 BGB zudem

²⁰⁸ Trenk-Hinterberger, in: Krahmer/Trenk-Hinterberger, LPK-SGB I, 2020, § 17, Rn. 25.

²⁰⁹ Schrey-Dern, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 2022, Sprachbehinderte Menschen.

²¹⁰ A.a.O.

²¹¹ A.a.O.

²¹² BT-Drs. 19/31069, S. 192.

²¹³ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Ansprüche auf Begleitung im Krankenhaus, 2024, S. 8.

²¹⁴ von Staudinger/Gutmann, BGB, 2021, § 630d, Rn. 67; Coester-Waltjen, MedR 2012, S. 553 (554).

²¹⁵ Siehe hierzu: Bundesärztekammer, Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, „Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“, 2016.

²¹⁶ Katzenmeier, in: Laufs, Arztrecht, 2021, Kapitel V, Rn. 5

ein Notvertretungsrecht in Angelegenheiten der Gesundheitssorge eingeräumt, jedoch gilt dieses gemäß § 1358 Abs. 3 Nr. 4 BGB nur für maximal sechs Monate.

6.3.2.2 Übernahme von Pflegeleistungen durch die Begleitperson

Im Zusammenhang mit der (Grund-)Pflege stellt sich die Frage, wie weit diese von der Krankenhausbehandlung umfasst ist und ob diese im Einzelfall auch durch eine Begleitperson übernommen werden kann. Aus dem Wortlaut „Die Krankenhausbehandlung umfasst [...] alle Leistungen, die im Einzelfall nach *Art und Schwere der Krankheit* für die medizinische Versorgung [...] notwendig sind“ könnte einerseits geschlossen werden, dass die Krankenpflege im Krankenhaus lediglich auf die durch die Krankheit bedingte Pflegebedürftigkeit gerichtet ist²¹⁷ und lediglich behandlungspflegerische Maßnahmen umfasst.²¹⁸ In der Rechtsprechung wird andererseits die Auffassung vertreten, dass Krankenhäuser für alle im Einzelfall benötigten Pflegeleistungen zuständig sind und damit nicht nur für die Behandlungspflege, sondern auch für die Grundpflege.²¹⁹ Kann das Krankenhaus die Pflege im Einzelfall nicht (vollständig) selbst gewährleisten, muss es grundsätzlich Dritte dazu veranlassen.²²⁰ Bei der Behandlungspflege steht die durch die Krankheit entstehende Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Behandlungspflege ist damit auf das Erreichen eines der in § 27 SGB V genannten Ziele gerichtet.²²¹ Beispiele für die Behandlungspflege finden sich in der Anlage zur Häuslichen Krankenpflegerichtlinie (HKP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses.²²² Hierzu zählen unter anderem die Medikamentengabe, Blutzuckermessung und Sondenernährung.²²³ Im Vergleich dazu ist die Grundpflege auf die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens ausgerichtet. Exemplarisch kann hier an die in § 14 Abs. 2 S. 1 SGB XI benannten Bereiche (z. B. Körperpflege und Essen) angeknüpft werden.²²⁴

Nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V umfasst die Leistungspflicht der Krankenhäuser alle Leistungen, die im Einzelfall für die Behandlung der Versicherten erforderlich sind. Dies sind, gerade im Lichte von § 2a SGB V, auch alle behinderungsbedingten Bedarfe, die gedeckt werden müssen, um die medizinische Behandlung durchführen zu können. Für eine umfassende Leistungspflicht der Krankenhäuser spricht auch, dass häusliche Pflegeleistungen in der Sozialen Pflegeversicherung (§ 34 Abs. 2 S. 1 Var. 2 SGB XI) sowie der Hilfe zur Pflege (§ 63b Abs. 3 S. 1 SGB XII) im Krankenhaus ausgeschlossen sind. Gleichermaßen gilt grundsätzlich gemäß § 1 Abs. 6 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des G-BA.²²⁵ Eine Ausnahme greift, wie bereits oben dargestellt, lediglich dann, wenn die Person ihre ambulanten Pflegeleistungen im Arbeitgebermodell organisiert (§ 63b Abs. 4 SGB XII). Den Leistungsausschlüssen liegt die gesetzgeberische Annahme zugrunde, dass während der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V alle erforderlichen Pflegeleistungen durch das Krankenhaus abgedeckt seien. Es geht somit darum, Doppelbelastungen zu vermeiden.²²⁶ Vor Schwierigkeiten werden Menschen mit

²¹⁷ Tolmein, in: ForseA e.V. (Hrsg.), *Ich muss ins Krankenhaus ... und nun?*, 2007, S. 34 (40); Zumbansen, *RdLH* 2015, S. 28 (28).

²¹⁸ Becker, *Assistenzleistungen im Krankenhaus im Lichte des Grundgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention*, 2015, S. 7 f.

²¹⁹ LSG Bayern, Urt. v. 28.01.2014, L 8 SO 166/12, juris Rn. 37; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.01.2014, L 1 KR 65/12, juris Rn. 34 f.; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2016, L 8 SO 366/14, juris Rn. 39; SG München, Urt. v. 25.06.2012, S 32 SO 473/10, juris Rn. 25; SG Köln, Beschl. v. 01.07.2019, S 27 P 132/19 ER, juris Rn. 5; Siehe zur nicht immer trennscharf möglichen Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege: Igl/Welti, *VSSR* 1995, S. 117 ff.

²²⁰ SG München, Urt. v. 25.06.2012, S 32 SO 473/10, juris Rn. 25.

²²¹ Tolmein, in: ForseA e.V. (Hrsg.), *Ich muss ins Krankenhaus ... und nun?*, 2007, S. 34 (40); Joussen, in: Knickrehm/Roßbach/Waltermann, *Kommentar zum Sozialrecht*, 2025, § 37 SGB V, Rn. 7; Nolte, in: BeckOGK SGB V, § 37, Rn. 23, Stand: 01.03.2021.

²²² G-BA, *Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)* in der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 15. Mai 2025, *BAnz* AT 04.08.2025 B2.

²²³ Nolte, in: BeckOGK SGB V, § 37, Rn. 23 ff., Stand: 01.03.2021.

²²⁴ Joussen, in: Knickrehm/Kreikebohm/Waltermann, *Kommentar zum Sozialrecht*, 2025, § 37 SGB V, 2025, Rn. 6; Nolte, in: BeckOGK SGB V, § 37, Rn. 22 f., Stand: 01.03.2021.

²²⁵ G-BA, *Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)* in der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 15. Mai 2025, *BAnz* AT 04.08.2025 B2.

²²⁶ BT-Drs. 12/5262, S. 111 (zum damaligen § 30 SGB XI); SG Landshut, Urt. v. 06.02.2013, S 10 SO 63/10, juris Rn. 43; SG München, Urt. v. 25.06.2012, S 32 SO 473/10, juris Rn. 36; Hoenig, in: Krahmer/Plantholz/Kuhn-Zuber, *LPK-SGB XI*, 2023, § 34, Rn. 12.

Behinderungen und hohem Pflegebedarf indes gestellt, wenn die Pflege tatsächlich nicht vom Krankenhaus erbracht werden kann, etwa weil die Pflegemaßnahmen sehr zeitintensiv sind und Personalknappheit herrscht oder weil die Pflege besondere Zusatzqualifikationen erfordert, die das Krankenhauspersonal nicht vorweist. Zwar handelt es sich bei einem Krankenhaus nicht um eine „Häuslichkeit“, das BSG hat aber 2022 entschieden, dass auch ein Krankenhaus ein „geeigneter Ort“ für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V sein kann.²²⁷

Fallkonstellationen, in denen eine Begleitperson aus dem Angehörigenkreis oder dem engsten persönlichen Umfeld in die Pflege des Menschen mit Behinderung eingebunden werden kann, sind in der KHB-RL bzw. in dem Entstehungsprozess ausdrücklich berücksichtigt worden. So ist die medizinische Notwendigkeit der Begleitung nach § 2 Abs. 2 S. 2 i.V.m. der Anlage zur KHB-RL ausdrücklich auch dann gegeben, wenn die Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen erforderlich ist (Fallgruppe 3). Dies ist insbesondere bei erheblichen Beeinträchtigungen der neuromuskuloskeletalen und bewegungsbezogener Funktionen oder bei der Funktion der Nahrungsaufnahme, insbesondere des Schluckens der Fall. In diesen Fällen darf die Begleitperson gemäß § 44b SGB V auch in die Pflege eingebunden werden. In den tragenden Gründen zur Krankenhausbegleitungsrichtlinie heißt es dazu:

„Die Mitaufnahme einer Begleitperson dient hier insbesondere der Unterstützung bei der Sicherstellung patientenindividueller, behinderungsspezifischer Versorgung. Das können beispielsweise hochspezialisierte, streng individuelle Lagerungs- und Transfervorgänge sein, die bei erheblichen Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen oft ausgesprochen schmerhaft sein können. Der vertrauten Bezugsperson, die täglich diese Lagerungs- und Transfervorgänge durchführt, ist dies bekannt und sie kann somit individuell darauf eingehen.“²²⁸

Weiterhin soll die Begleitperson, die ggf. auch nach dem Krankenhausaufenthalt die pflegerische Versorgung übernimmt, in therapeutische Verfahren eingewiesen werden.²²⁹

Auch bei der Begleitung des Menschen mit Behinderungen nach der Fallgruppe 2, zum Zweck der Unterstützung im Umgang mit durch die Krankenhausbehandlung verbundenen Belastungssituationen, ist die Einbindung in pflegerische Verrichtungen möglich, insbesondere bei „Versicherten mit ausgeprägten oder unberechenbaren Impulsdurchbrüchen mit daraus resultierender Eigen- oder auch Fremdgefährdung“.²³⁰

Bei der Begleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX sollen „pflegerische Unterstützungsleistungen“ wie Grundpflege im Sinne von Waschen, Ankleiden, Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit hingegen gänzlich vom Leistungsumfang ausgeschlossen sein.²³¹ Dies kann gerade bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen zu Problemen führen, da ihre Pflege oft anspruchsvoll ist und unter anderem aufgrund von zusätzlichen neurologischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats wie spastischen Lähmungen²³² besondere Anforderungen an das pflegende Personal stellt.²³³

²²⁷ Siehe Kapitel 1.2.

²²⁸ G-BA, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen (Krankenhausbegleitungs-Richtlinie/KHB-RL), S. 11.

²²⁹ A.a.O.

²³⁰ A.a.O., S. 10.

²³¹ BT-Drs. 19/31069, S. 194.

²³² Nicklas-Faust, in: Fröhlich/Heinen/Klauß/Lamers, Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär, 2011, S. 61 (72 ff.).

²³³ Klauß, in: Fröhlich/Heinen/Klauß/Lamers, Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär, 2011, S. 87 (94).

Pflegeleistungen sind insbesondere in den besonderen Wohnformen ein integraler Bestandteil der Eingliederungshilfeleistungen.²³⁴ Dies ergibt sich explizit aus § 103 Abs. 1 S. 1 SGB IX, wonach die Leistung in Einrichtungen oder Räumlichkeiten gemäß § 43a SGB i.V.m. § 71 Abs. 4 SGB XI auch die Pflegeleistungen umfasst. Die besondere Wohnform erhält gemäß § 43a SGB XI für Pflegebedürfte der Pflegegrade 2 bis 5 einen Pauschalbetrag, mit dem die Pflegeleistungen abgegolten werden sollen. Die Leistungen sind auch in den Gesamtplan und in die Leistungsvereinbarung zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und dem Leistungserbringer aufzunehmen.²³⁵ Mit dem Betrag sollen die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 43 Abs. 2 SGB XI, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege, abgegolten werden.²³⁶ In jedem Fall sind also die Aufwendungen für die Grundpflege umfasst. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege können nur soweit vom Leistungsspektrum einer besonderen Wohnform umfasst sein, als es sich um einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege handelt. Hierzu zählen beispielsweise die Gabe von Tabletten nach ärztlicher Anweisung sowie das Messen des Blutdrucks oder des Blutzuckergehalts.²³⁷ Darüber hinausgehend schuldet eine besondere Wohnform der Eingliederungshilfe Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nur dann, wenn sich dies aus den Vereinbarungen mit dem Träger der Eingliederungshilfe (§§ 123 ff. SGB IX) und dabei insbesondere aus dem Ziel und der Zweck der Einrichtung, ihrem Aufgabenprofil, der vorgesehenen sächlichen und personellen Ausstattung sowie aus dem zu betreuende Personenkreis ergibt.²³⁸ Auch Assistenzleistungen außerhalb von besonderen Wohnformen können im Fall von Pflegebedürftigkeit gemeinsam mit den Pflegeleistungen wie aus einer Hand erbracht werden. Dies ergibt sich für die Kombination von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Hilfe zur Pflege aus § 103 Abs. 2 SGB IX, wonach die Leistung der Eingliederungshilfe auch die Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XII umfasst, solange die Teilhabeziele nach Maßgabe des Gesamtplanes (§ 121 SGB IX) erreicht werden können, es sei denn, der Leistungsberechtigte hat vor Vollendung des für die Regelaltersrente im Sinne des Sechsten Buches erforderlichen Lebensjahres keine Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Für die Kombination von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe gilt § 13 Abs. 4 S. 1 SGB XI, wonach die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger im Fall des Zusammentreffens von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe mit Einverständnis des Leistungsberechtigten vereinbaren sollen, dass der Träger der Eingliederungshilfe die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids gegen Kostenerstattung übernimmt. Die nach § 13 Abs. 4b SGB XI vorgesehene wissenschaftliche Evaluation dieser Regelung hat gezeigt, dass entsprechende Vereinbarungen aus verschiedenen Gründen bisher nur sehr selten abgeschlossen werden, sodass die Regelung nur eine geringe praktische Relevanz hat.²³⁹

Insofern werden die Begleitpersonen insbesondere aus besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe häufig auch über entsprechende Kompetenzen im Bereich der (Grund-)Pflege und spezielles Fachwissen in Bezug auf die Pflege von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen verfügen.

Zwar kann die Begleitperson grundsätzlich keine Versorgungsdefizite im Krankenhaus ausgleichen, dennoch dürfen Begleitpersonen und Träger der Eingliederungshilfe eine mangelhafte pflegerische

²³⁴ BSG, Urt. v. 20.04.2016, B 3 P 1/15 R, juris Rn. 23; BSG, Urt. v. 11.11.2021, B 3 P 2/20 R, juris Rn. 14; BSG, Urt. v. 05.09.2024, B 3 P 9/22 R, juris Rn. 19.

²³⁵ Fuchs, Zur Forderung nach Streichung des § 43a SGB XI, Beitrag A5-2023 unter www.reha-recht.de.

²³⁶ Kuhn-Zuber, in: Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar SRB, 2023, § 43a SGB XI, Rn. 10.

²³⁷ Kruse, in: Krahmer/Planholz/Kuhn-Zuber, LPK-SGB XI, 2023, § 43a, Rn. 10.

²³⁸ BSG, Urt. v. 25.02.2015, B 3 KR 11/14 R, juris Rn. 28; BSG, Urt. v. 25.02.2015, B 3 KR 10/14 R, juris Rn. 27; BSG, Urt. v. 22.04.2015, B 3 KR 16/14 R, juris Rn. 38 ff.

²³⁹ IGES Institut, Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI), Los 3: Schnittstellen Eingliederungshilfe, Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, 2019, S. 29 ff.

Unterstützung des Menschen mit Behinderung im Krankenhaus nicht ignorieren. Auch wenn der Mensch mit Behinderung die Pflegemaßnahmen durch das Krankenhaus ablehnt und sich nur von der begleitenden Bezugsperson pflegen lassen will, ist diesem Wunsch allein aufgrund der verfassungsrechtlichen Relevanz zu entsprechen.

Würde die Pflege gegen den Willen der betroffenen Person durch eine fremde Person durchgeführt, so würde dies zum einen gegen die Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG), das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) sowie gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) verstoßen. Aus den genannten Grundrechten ergeben sich auch Schutzpflichten für den Staat. Im Rahmen der Schutzpflichten muss er darauf hinwirken, dass die Grundrechte auch nicht durch Dritte beeinträchtigt werden.²⁴⁰ Darüber hinaus strahlen die Grundrechte als objektive Wertentscheidungen auf die gesamte Rechtsordnung und damit auch auf das Zivilrecht aus.²⁴¹ Dies gilt insbesondere bei der Auslegung zivilrechtlicher Generalklauseln. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hatte 2020 entschieden, dass das Verbot der Mitnahme eines Blindenführhundes in eine Physiotherapiepraxis die Beschwerdeführerin gemäß Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG benachteiligen würde.²⁴² § 19 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) sei im Lichte von Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG auszulegen. Durch das Verbot der Mitnahme ihrer Führhündin würde die Beschwerdeführerin gezwungen, sich einer unbekannten oder wenig bekannten Person anzuvertrauen und müsste sich, ohne dies zu wünschen, von dieser anfassen und führen oder im Rollstuhl schieben lassen. Dies komme einer - überholten - Bevormundung der Beschwerdeführerin gleich, weil es voraussetze, dass diese die Kontrolle über ihre persönliche Sphäre (zeitweise) aufgäbe.²⁴³ Hiermit erkennt das BVerfG implizit zugleich einen Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Diese Entscheidung könnte zumindest in Ansätzen auch auf die Situation von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus übertragen werden.

6.4 Haftungsrecht

Im Zusammenhang mit der Krankenhausbegleitung wurde unter anderem im zweiten juristischen Expertenworkshop die Frage diskutiert, wer die Haftung übernimmt, wenn während der Unterstützung durch die Begleitperson ein (Pflege-)Fehler passiert und daraufhin ein Schaden entsteht. Die Sorge vor möglichen haftungsrechtlichen Streitigkeiten könnte die Umsetzung der Ansprüche von Menschen mit Behinderungen hindern. Die Frage der Haftung richtet sich immer nach den Umständen im konkreten Einzelfall und lässt sich hier nicht pauschal beantworten. Es können auch mehrere natürliche oder juristische Personen gleichzeitig haftbar gemacht werden. Sie haften dann gegenüber dem Geschädigten als Gesamtschuldner (§§ 421, 840 BGB). Im Innenverhältnis erfolgt dann eine Schadensverteilung gemäß §§ 426 und 840 BGB.²⁴⁴

6.4.1 Haftung des Krankenhaussträgers

Vertragsgrundlage bei der Krankenhausbehandlung ist in der Regel ein Behandlungsvertrag gemäß §§ 630a ff. BGB. Wer im Einzelfall haftet, d.h. Krankenhausarzt oder Krankenhaussträger, richtet sich danach, ob der Behandlung ein totaler Krankenhausvertrag, ein gespaltener Krankenhausvertrag (z.B. Belegarztvertrag) oder ein totaler Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag bzw. einer

²⁴⁰ Siehe zur Schutzpflichtdimension der Grundrechte bspw.: BVerfG, Urt. v. 25.02.1975, 1 BvF 1/74, 1 BvF 2/74, juris Rn. 152;

²⁴¹ Siehe zur Ausstrahlungswirkung auf das Zivilrecht grundlegend: BVerfG, Urt. v. 15.01.1958, 1 BvR 400/51, juris; BVerfG, Beschl. v. 23.04.1986, 2 BvR 487/80, juris.

²⁴² BVerfG, Beschl. v. 30.01.2020, 2 BvR 1005/18, dazu: Masuch, RdLH 2020, S. 97 ff.

²⁴³ BVerfG, Beschl. v. 30.01.2020, 2 BvR 1005/18, juris Rn. 42.

²⁴⁴ Siehe hierzu: Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, 2024, S. 192 f.

Wahlleistungsvereinbarung zugrunde liegt.²⁴⁵ Weiterhin ist von Bedeutung, in welchem Verantwortungsbereich die Begleitperson tätig wird.

Der häufigste Vertragstyp ist der totale Krankenhausvertrag als gemischter Vertrag.²⁴⁶ Vertragspartner des Patienten ist hier der Krankenhaussträger, der sich dazu verpflichtet, alle erforderlichen Krankenhausleistungen zu erbringen.²⁴⁷ Hiermit sind alle durch den Versorgungsauftrag des Krankenhauses abgedeckten allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 KHEntG i.V.m. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V aus dem ärztlichen wie auch aus dem pflegerischen Bereich gemeint.²⁴⁸

Beim totalen Krankenhausvertrag übernimmt der Krankenhaussträger das volle Haftungsrisiko, da er Vertragspartner für sämtliche Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung ist und somit für etwaige Fehl- oder Nichtleistungen einstehen muss.²⁴⁹ Bei der Krankenhaushaftung wird zwischen der vertraglichen und deliktischen Haftung unterschieden. Beide Haftungsansprüche stehen nebeneinander und können kumulativ bestehen, wenn die Voraussetzungen beider Ansprüche vorliegen.²⁵⁰

Vertraglich haftet der Krankenhaussträger für schuldhafte Pflichtverletzungen seiner leitenden Krankenhausärzte gemäß §§ 31, 89 BGB und für schuldhafte Pflichtverletzungen der nachgeordneten Ärzte, des nichtärztlichen Personals und von nicht im Krankenhaus angestellten, sondern im Einzelfall für die Behandlung hinzugezogenen Konsiliarärzten gemäß §§ 278, 280 BGB.²⁵¹

Voraussetzung für einen Haftungsfall ist zunächst das Vorliegen einer Pflichtverletzung im Sinne des § 280 Abs. 1 S. 1 BGB. In Betracht kommt im Krankenhaus beispielsweise die Unterschreitung des jeweils geltenden medizinisch-fachlichen Standards („Behandlungsfehler“)²⁵² oder die Verletzung von Organisationspflichten (dazu s.u.).

Die Pflichtverletzung muss schuldhaft sein, das heißt der Schuldner muss entsprechend § 276 Abs. 1 S. 1 BGB vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt haben. Fahrlässig handelt gemäß § 276 Abs. 2 BGB, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt. An Fahrlässigkeit ist beispielsweise dann zu denken, wenn eine Pflege- oder Assistenzkraft einem Menschen mit Behinderung und schweren Schluckstörungen unter Zeitdruck das Essen zu schnell anreicht oder dieses nicht in mundgerechte Stücke schneidet und sich der Mensch mit Behinderung folglich verschluckt.

Das Krankenhaus muss sich hierbei i.d.R. auch Pflichtverletzungen von an der Behandlung beteiligten Dritten zurechnen lassen, wenn diese Erfüllungsgehilfen i.S.d. § 278 BGB sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die dritte Person mit Wissen und Wollen des Schuldners in seinem Pflichtenkreis tätig wird und in Erfüllung einer Verbindlichkeit von ihm handelt. Hierfür ist nicht erforderlich, dass der Schuldner eine entsprechende Willenserklärung gegenüber dem Gläubiger oder der Hilfsperson

²⁴⁵ Vgl. Bergmann/Middendorf/Krekeler, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, § 630a BGB, Rn. 31 ff.

²⁴⁶ Halbe/Orlowski, in: Clausen/Schroeder-Printzen, MAH Medizinrecht, 2020 § 13, Rn. 312 ff.; Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, 2018, § 14, Rn. 10; Kreutz, ZFSH/SGB 2011, S. 629 (631).

²⁴⁷ Bergmann/Middendorf/Krekeler, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, § 630a BGB, Rn. 31; Halbe/Orlowski, in: Clausen/Schroeder-Printzen, MAH Medizinrecht, 2020, § 13, Rn. 313.

²⁴⁸ Rehborn, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2017, § 14, Rn. 15, 73; Halbe/Orlowski, in: Clausen/Schroeder-Printzen, MAH Medizinrecht, 2020, § 13, Rn. 313; Bergmann/Middendorf/Krekeler, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, § 630a BGB, Rn. 28; Hänlein, Recht der sozialen Dienste, 2018, § 5, Rn. 182 ff.

²⁴⁹ Gaidzik/Weimer, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2017, § 15, Rn. 13; vgl. auch: Grundmann, in: MüKo BGB, Band 2, 2025, § 278, Rn. 35.

²⁵⁰ Wagner, in: MüKo BGB, Band 7, 2024, vor § 823, Rn. 94; T. Voigt, in: BeckOGK BGB § 823, Rn. 34, Stand: 01.11.2025.

²⁵¹ Gutmann, in: von Staudinger, BGB, 2021, § 630a, Rn. 57; zur Haftung von selbstliquidierenden Ärzt*innen im Krankenhaus: Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, 2014, S. 178 ff.

²⁵² Katzenmeier, in: BeckOK BGB, § 630a, Rn. 193, Stand: 01.11.2025.

abgibt und diese bspw. explizit beauftragt.²⁵³ Die Rechtsbeziehung zwischen dem Schuldner und dem Erfüllungsgehilfen ist irrelevant, sodass beispielsweise auch kein Arbeitsvertrag vorliegen muss.²⁵⁴ Daher können auch die über § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG zur Behandlung hinzugezogen Konsiliarärzte²⁵⁵ Erfüllungsgehilfen sein, es sei denn, es liegt ein gespaltener Krankenhausvertrag vor, bei dem der Konsiliar- oder Belegarzt einen eigenen Vertrag über die ärztlichen Leistungen mit dem Patienten schließt und folglich selbst für schuldhafte Pflichtverletzungen in diesem Bereich haftet.²⁵⁶ Erfüllungsgehilfen des Krankenhauses können Begleitpersonen des Menschen mit Behinderung sein, die entweder aus dem familiären oder persönlichen Umfeld (§ 44b SGB V) stammen können, die Begleitung als Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe übernehmen oder im Rahmen eines Persönlichen Budgets für den Menschen mit Behinderung tätig sind (§ 113 Abs. 6 SGB IX). Entscheidend ist hierbei, dass die Person im Pflichtenkreis des Krankenhauses tätig wird. Wie bereits aufgezeigt wurde, schuldet das Krankenhaus die Behandlung im umfassenden Sinne. Neben ärztlichen und behandlungspflegerischen Maßnahmen zählen hierzu auch die Grundpflege sowie die soziale Betreuung. Grundsätzlich ist somit bei nahezu allen und insbesondere körpernahen Tätigkeiten davon auszugehen, dass diese im Pflichtenkreis des Krankenhauses vollzogen werden und das Krankenhaus entsprechend dafür haftet. Dies deckt sich auch mit der gesetzgeberischen Grundentscheidung, dass für sämtliche pflegerische Verrichtungen allein das Krankenhaus zuständig sein soll. Der Krankenhaussträger muss dementsprechend auf funktionierende Organisationsabläufe hinwirken.

Dies ergibt sich zudem aus den Organisationspflichten des Krankenhauses, die sich ebenfalls aus §§ 280 i.V.m. 278, 630a Abs. 2 BGB ableiten lassen.²⁵⁷ Organisationspflichten gelten gleichzeitig als Verkehrssicherungspflichten gemäß § 823 Abs. 1 BGB.²⁵⁸ Demnach muss das Krankenhaus die Organisation von Diagnostik und Therapie so organisieren, „dass jede vermeidbare Gefährdung der Patienten ausgeschlossen ist.“²⁵⁹ Hierzu zählt auch, dass Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Krankenhaus u.a. durch Einsatzpläne und Vertreterregelungen deutlich geregelt sind²⁶⁰ und dass die Mitarbeiter sorgfältig ausgewählt, angelernt und überwacht werden.²⁶¹ Wird ein Mensch mit Behinderung ins Krankenhaus begleitet, muss das Krankenhauspersonal, auf der Station i.d.R. der zuständige Arzt und die Pflegedienstleitung, sich vergewissern, ob und inwieweit diese Person in das Behandlungsgeschehen eingebunden werden kann und soll. Soll die Begleitperson beispielsweise auch pflegerisch Aufgaben übernehmen, so obliegt es grundsätzlich dem Krankenhaus, diese Aufgaben anzuleiten und zu überwachen. Dieses arbeitsteilige Zusammenwirken erfordert enge Absprachen zwischen dem Krankenhauspersonal und Begleitpersonen. Hilfreich könnte ggf. auch die Ausarbeitung von konkreten Handlungsleitfäden im Fall der Begleitung von Patient*innen mit Behinderungen sein, um die Prozesse besser aufeinander abstimmen zu können und Schadensfälle zu vermeiden. Im Endeffekt zeigt sich damit, dass die Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus auch nicht auf eine Entlastung des Krankenhauspersonals zielt, sondern sich gerade durch die zwingend notwendige Kooperation neue Aufgaben ergeben werden.

Der Krankenhaussträger muss grundsätzlich auch deliktisch einstehen, wenn Begleitpersonen des Menschen mit Behinderung in die Pflege eingebunden werden. Neben der Haftung wegen der

²⁵³ Caspers, in: von Staudinger, BGB, 2025, § 278, Rn. 20.

²⁵⁴ Lorenz, in: BeckOK BGB, § 278, Rn. 11, 15, Stand: 01.11.2025.

²⁵⁵ Jaster, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, § 2 KHEntgG, Rn. 10 ff.

²⁵⁶ Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, 2014, S. 179 f.; Bergmann/Krekeler, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, § 278 BGB, Rn. 16.

²⁵⁷ Wagner, in: MüKo BGB, § 630a, 2023, Rn. 223 ff.; Katzenmeier, in: Laufs, Arztrecht, 2021, Kapitel X, Rn. 44.

²⁵⁸ Katzenmeier, in: BeckOK BGB, § 630a, Rn. 113, Stand: 01.11.2025.

²⁵⁹ OLG Köln, Urt. v. 21.06.1989, 27 U 156/88, juris Rn. 5; dazu auch: BGH, Urt. v. 03.11.1981, VI ZR 119/80, juris Rn 15; BGH, Urt. v. 10.01.1984, VI ZR 158/82, juris Rn. 23 ff.; Katzenmeier, in: BeckOK BGB, § 630a, Rn. 114, Stand: 01.11.2025.

²⁶⁰ BGH, Urt. v. 16.04.1996, VI ZR 190/95, juris Rn. 17 ff.

²⁶¹ Katzenmeier, in: Laufs, Arztrecht, 2021, Kapitel X, Rn. 45.

Verletzung von Verkehrssicherungspflichten gemäß § 823 Abs. 1 BGB kommt auch eine Haftung des Krankenhasträgers als Geschäftsherr aus § 831 Abs. 1 BGB in Betracht.²⁶² Dies gilt dann, wenn die Begleitperson als Verrichtungsgehilfe des Krankenhauses eingestuft werden kann und dem Menschen mit Behinderung in Ausführung der Verrichtung widerrechtlich einen Schaden zufügt. Den Krankenhasträger müsste zudem ein Verschulden treffen, insbesondere, weil er den Verrichtungsgehilfen nicht sorgfältig ausgewählt und überwacht hat.²⁶³ Das Verschulden wird in diesem Fall vermutet. Im Vergleich zu § 823 Abs. 1 BGB sieht § 831 Abs. 1 S. 2 BGB aber eine Exkulpationsmöglichkeit vor, wenn der Geschäftsherr nachweist, dass er die erforderliche Sorgfalt hat walten lassen oder dass der Schaden auch bei Anwendung der entsprechenden Sorgfalt entstanden wäre.²⁶⁴

Strittig ist in dem Fall die Frage, ob die Begleitperson als Verrichtungsgehilfe des Krankenhasträgers eingestuft werden kann, zumal die Eigenschaft als Verrichtungsgehilfe Abhängigkeit vom und Weisungsgebundenheit gegenüber dem Geschäftsherrn voraussetzt.²⁶⁵ Dieses muss jedoch nicht zwingend auf einem Rechtsverhältnis beruhen.²⁶⁶ Es genügt vielmehr, „[...] dass der Geschäftsherr die Tätigkeit des Handelnden jederzeit beschränken oder entziehen oder nach Zeit und Umfang bestimmen kann.“²⁶⁷ Verrichtungsgehilfe kann jemand vielmehr auch dann sein, wenn er auf Grund eigener Sachkunde und Erfahrung zu handeln hat. Dabei kommt es auf die konkreten Bedingungen an, unter denen die schadenstiftende Tätigkeit geleistet wurde. Auch ein an sich Selbstständiger kann bei entsprechender Einbindung in einen fremden Organisationsbereich Verrichtungsgehilfe sein und zwar auch dann, wenn er im Wesentlichen auf Grund eigener Sachkunde und Erfahrung zu handeln hat.²⁶⁸ Nimmt die Begleitperson Aufgaben im Organisationsbereich des Krankenhauses wahr, ist im Regelfall anzunehmen, dass ein entsprechendes Weisungsrecht besteht, da das Krankenhaus für die Behandlung verantwortlich bleibt.

Selbst wenn man die Eigenschaft als Verrichtungsgehilfe in dem Fall verneinen wollte, bliebe es dabei, dass der Krankenhasträger im Rahmen seiner Organisations- und Verkehrssicherungspflichten sicherstellen muss, dass Schäden von den Patient*innen abgewendet werden (s.o.). Verletzt der Krankenhasträger diese, haftet er gemäß § 823 Abs. 1 BGB.

6.4.2 Haftung des Leistungserbringers der Eingliederungshilfe

Neben der Haftung des Krankenhasträgers kommt auch eine Haftung des Leistungserbringers der Eingliederungshilfe gemäß §§ 280 i.V.m. 278 BGB, bei besonderen Wohnformen i.V.m. § 10 WBVG in Betracht. Zwar sind die Begleitpersonen grundsätzlich im Organisationsbereich des Krankenhauses tätig, der Arbeitgeber bleibt aber dennoch für die Begleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX als betrieblich veranlasste Tätigkeit zuständig und muss sich ebenso schuldhafte Pflichtverletzungen des Personals gemäß § 278 BGB zurechnen lassen.

Ebenso kommt eine deliktische Haftung für den oder die Mitarbeitende als Verrichtungsgehilfen (§ 831 BGB) in Betracht. Hinsichtlich der Voraussetzungen kann an die ausführliche Darstellung in Kapitel 6.4.1 angeknüpft werden. Der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe muss beispielsweise bei der Auswahl der Begleitperson darauf achten, dass diese für die Begleitung und die in dem

²⁶² Vgl. Förster in: BeckOK BGB, § 831, Rn. 4, Stand: 01.11.2025.

²⁶³ Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, 2014, S. 183.

²⁶⁴ A.a.O., S. 183; Förster, in: BeckOK BGB, § 831, Rn. 42 ff., Stand: 01.11.2025; Makowsky, in: BeckOGK BGB, § 831, Rn. 46 ff., Stand: 01.09.2025.

²⁶⁵ Wagner, in: MüKo BGB, Band 7, 2024, § 831, Rn. 16.

²⁶⁶ A.a.O., Rn. 16 f.; Makowsky, in: BeckOGK BGB, § 831, Rn. 15.

²⁶⁷ BGH, Urt. v. 30.06.1966, VII ZR 23/65, juris Rn. 10; BGH, Urt. v. 12.06.1997, I ZR 36/95, juris Rn. 30; BGH, Urt. v. 10.03.2009, VI ZR 39/08, juris Rn. 11; BGH, Urt. v. 06.11.2012, VI ZR 174/11, juris Rn. 15.

²⁶⁸ BGH, Urt. v. 10.03.2009, VI ZR 39/08, juris Rn. 11.

Zusammenhang anfallenden Tätigkeiten geeignet ist. Im Rahmen seiner Organisationspflichten muss der Leistungserbringer den Begleitungsprozess auch hinreichend überwachen. Dies kann z.B. durch enge Absprachen mit der entsandten Begleitperson und durch Sichtung der entsprechenden Dokumentation erfolgen.

6.4.3 Haftung der Begleitperson

Eine vertragliche Haftung der Begleitperson scheidet in der Regel aus, da außer im Fall des Arbeitgebermodells keine eigene Vertragsbeziehung zwischen ihr und dem zu begleitenden Menschen mit Behinderung bestehen wird. Hingegen kommt eine deliktische Haftung der Begleitperson in Betracht, wenn diese gemäß § 823 Abs. 1 BGB widerrechtlich ein Rechtsgut mit einem daraus resultierenden Schaden verletzt und sie vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt hat. Auch hier kann wieder exemplarisch das o.g. Beispiel des Verschluckens durch zu schnell angereichtes Essen genannt werden. Handelt es sich bei der Begleitperson um eine*n Mitarbeitende*n eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe, so greifen die in der arbeits- und zivilgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Haftungsprivilegierung von Arbeitnehmer*innen bei betrieblich veranlassten Tätigkeiten.²⁶⁹ Diese Rechtsprechung berücksichtigt in besonderem Maße die Organisationsverantwortung des Arbeitgebers für die betrieblichen Abläufe und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen.²⁷⁰ Unter Berücksichtigung dieses Betriebsrisikos kann der bzw. die Arbeitnehmer*in abhängig vom Verschuldensgrad im Innenverhältnis einen Freistellungsanspruch gegen den Arbeitgeber haben, der auf gänzliche oder anteilige Freistellung von der Schadensersatzpflicht gegenüber dem Dritten gerichtet ist.²⁷¹ Dies gilt im Regelfall nicht bei grob fahrlässigem oder vorsätzlichem Handeln.

Bei Begleitpersonen aus dem Familienkreis und dem engsten persönlichen Umfeld kann keine Haftungsfreistellung erfolgen, sodass diese deliktisch im Rahmen der Gesamtschuldnerhaftung voll in Anspruch genommen werden können.

6.4.4 Haftungsfolgen und Empfehlungen an die an der Krankenhausbegleitung Beteiligten

Kommt es im Zuge einer Krankenhausbegleitung zu Schäden, kann der davon betroffene Mensch mit Behinderung grundsätzlich Schadensersatzansprüche gegenüber allen Beteiligten (Krankenhaus, je nach Vertragstyp auch Krankenhausarzt, Leistungserbringer und Begleitperson) geltend machen, sofern die Voraussetzungen der Schadensersatzansprüche im Einzelfall vorliegen. Dies ist eine Einzelfallfrage und kann hier nicht pauschal beantwortet werden. Wie in der Einleitung dieses Kapitels bereits erläutert, haften die Beteiligten dann gegenüber dem Geschädigten als Gesamtschuldner (§§ 421, 840 BGB). Im Innenverhältnis kann dann aber eine Haftungsverteilung erfolgen. Gemäß § 426 Abs. 1 S. 1 BGB sind die Gesamtschuldner im Verhältnis zueinander zu gleichen Anteilen verpflichtet, soweit nicht ein anderes bestimmt ist. Die Verteilung des Haftungsrisikos kann z.B. vertraglich geregelt werden.²⁷² Es wäre somit möglich, dass das Krankenhaus und der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe eine Vereinbarung treffen, um das Haftungsrisiko entsprechend aufzuteilen. Auch wenn es keine Vereinbarung gibt, soll in analoger Anwendung von § 254 BGB geprüft werden, wer zu welchen Anteilen für die Entstehung des Schadens verantwortlich ist und wer entsprechend welchen Teil des Schadens zu tragen hat.²⁷³ In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Verpflichtungen des Krankenhauses sehr weit zu

²⁶⁹ Siehe nur: BAG, Beschl. v. 27.09.1994, GS 1/89 (A), juris.

²⁷⁰ BAG, Beschl. v. 27.09.1994, GS 1/89 (A), juris Rn. 32 f.

²⁷¹ Achterfeld, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, 2014, S. 193 f.

²⁷² Gehrlein, in: BeckOK BGB, § 426, Rn. 7, Stand: 01.11.2025; Heinemeyer, in: MüKo BGB, Band 3, § 426, Rn. 16.

²⁷³ Medicus/Petersen, Grundwissen zum Bürgerlichen Recht, 2024, § 25, Rn. 20.

fassen sind. Die Krankenhausbehandlung umfasst alle Leistungen, die für die Erreichung eines der in § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Behandlungsziele erforderlich sind. Dies umfasst grundsätzlich auch alle Tätigkeiten im körpernahen Bereich, wie das Anreichen von Essen oder die Lagerung im Rahmen der Dekubitusprophylaxe. Das Krankenhaus muss im Rahmen seiner Organisationspflichten darauf hinwirken, dass ausreichend Pflegepersonal vorhanden ist und muss sich bei der Einbindung externer Personen in die Pflege vergewissern, dass diese sachgerecht durchgeführt wird. Ansonsten muss es sich auch schuldhafte Pflichtverletzungen und widerrechtliche Rechtsgutverletzungen dieser Personen zurechnen lassen. Es ist somit davon auszugehen, dass die Krankenhäuser in der Praxis häufig den größten Teil des Schadens zu tragen haben werden.

Um Klarheit bezüglich der eigenen Verantwortlichkeiten zu schaffen, empfiehlt es sich, dass zwischen allen an der Krankenhausbegleitung beteiligten Akteuren enge Absprachen getroffen werden.²⁷⁴ Gerade im Fall der Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten durch die Begleitpersonen empfehlen sich auch schriftliche Vereinbarungen sowie eine umfassende Dokumentation sowohl durch das Krankenhauspersonal als auch den Leistungserbringer der Eingliederungshilfe.

Um die arbeitsteiligen Prozesse von Krankenhauspersonal und Begleitpersonen besser aufeinander abzustimmen und Schadensfälle zu reduzieren, könnte ggf. auch die Ausarbeitung von konkreten Handlungsleitfäden durch das jeweilige Krankenhaus hilfreich sein.

Eine Sorge um eine mögliche Haftung sollte aber nicht dazu führen, dass die Krankenhausbegleitung deshalb nicht durchgeführt wird. Sowohl die Krankenhäuser als auch die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe werden i.d.R. durch eine Haftpflichtversicherung abgesichert sein. Ob und inwieweit davon im Fall der Krankenhausbegleitung auch Schäden abgedeckt sind, die im Zuge pflegerischer Tätigkeiten durch die Begleitperson entstehen, sollte der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe bestenfalls vorab mit der Versicherung klären.²⁷⁵

6.5 Anwendungsbereich der Regelungen

Wie im Verlauf des Berichts bereits an einigen Stellen aufgezeigt werden konnte, greifen die Regelungen in § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX an einigen Stellen noch nicht gut ineinander.

So wurde in Kapitel 6.3.2.1 gezeigt, dass ein Verweis des Trägers der Eingliederungshilfe auf die Begleitung durch Angehörige nicht pauschal und nur in Ausnahmefällen möglich ist. Ist der Verweis ausnahmsweise gerechtfertigt oder wünscht der Mensch mit Behinderung ausdrücklich die Begleitung durch eine angehörige Person, hat diese nicht in jedem Fall auch Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44b SGB V. Zu nennen sind in dem Zusammenhang betagte Eltern von mittlerweile erwachsenen Menschen mit Behinderungen, die möglicherweise bereits ausschließlich eine Vollrente wegen Alters erhalten. Selbst wenn dem Grunde nach ein solcher Anspruch bestünde, setzte dieser nach der jetzigen Rechtslage eine Begleitung im Umfang von mindestens acht Stunden voraus. Alle anderen Personen müssen die Begleitung unentgeltlich, ohne entsprechende Vergütung übernehmen. Des Weiteren besteht der Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung nach der KHB-RL nur dann, wenn die Begleitung acht oder mehr Stunden beträgt. Damit dieselben Personenkreise von den Regelungen zur Krankenhausbegleitung gemäß § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX profitieren, sollte § 44b SGB V angepasst werden.²⁷⁶ Denkbar wäre die Ergänzung eines Satzes

²⁷⁴ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, Handreichung zur Umsetzung des Anspruchs auf Begleitung im Krankenhaus nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 27 f.

²⁷⁵ Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung, Handreichung zur Umsetzung des Anspruchs auf Begleitung im Krankenhaus nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 2022, S. 27 f.

²⁷⁶ Siehe hierzu auch: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Ansprüche auf Begleitung im Krankenhaus, 2024, S. 17.

4 in § 44b Abs. 1 SGB V, wonach ein Bezug von Krankengeld sowie die Freistellung von der Arbeitsleistung auch möglich ist, wenn die Begleitung nicht ganztägig erfolgt, aber die Berufstätigkeit hierdurch eingeschränkt wird.

Darüber hinaus wurde an mehreren Stellen in diesem Bericht und insbesondere in den Fallstudien deutlich, dass auch die Sicherstellung der Pflege im Alltag der Krankenhausbegleitung eine bedeutende Rolle spielt. In Kapitel 6.3.2.2 wurde erläutert, dass Pflege gerade in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe ein wichtiger Bestandteil der Leistungen ist und häufig auch besondere Kompetenzen erfordert.

Begleitpersonen gemäß § 44b SGB V können im Krankenhaus insbesondere beim Begleitungsbedarf nach Fallgruppe 3 (Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen) der Anlage zu § 2 Abs. 2 KHB-RL auch in die Pflege eingebunden werden. Die Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen hat in § 113 Abs. 6 SGB IX keine Entsprechung gefunden. Auch darüber hinaus sollen nach der Gesetzesbegründung zu § 113 Abs. 6 SGB IX keinerlei pflegerischen Leistungen durch die Begleitperson übernommen werden. Dies kann im Einzelfall zu Problemen führen, insbesondere, wenn Menschen mit Behinderungen Pflegemaßnahmen durch das Krankenhauspersonal ablehnen. Daher wird empfohlen, auch auf gesetzlicher Ebene zu regeln, dass die Begleitpersonen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX in Einzelfällen zumindest die notwendigen Pflegeleistungen erbringen dürfen, die im Rahmen der Eingliederungshilfeleistungen auch ansonsten im Alltag erbracht werden.

Weiterhin haben Menschen mit Behinderungen, die bisher keine Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, aber einen vergleichbaren Unterstützungsbedarf im Krankenhaus haben und zum leistungsberechtigten Personenkreis nach § 99 SGB IX gehören könnten, derzeit keinen gesicherten Anspruch auf die Begleitung nach dieser Regelung. Aus dem Wortlaut „Vertraute Bezugspersonen im Sinne von Satz 1 sind Personen, die dem Leistungsberechtigten gegenüber im Alltag bereits Leistungen der Eingliederungshilfe [...] erbringen“ ergibt sich, dass der bisherige aktuelle Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe, zusätzlich zum Vorliegen des Vertrauensverhältnisses erforderlich ist. Ein enges Vertrauensverhältnis kann aber beispielsweise auch zwischen dem Menschen mit Behinderung und Begleitungsbedarf gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX und einer ambulanten Pflegekraft oder einer bisher ehrenamtlich tätigen Person bestehen, die sodann im Rahmen eines persönlichen Budgets für die Begleitung eingesetzt werden könnte. Auch aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift ergibt sich nicht, dass bisher aktuell Leistungen bezogen werden müssen.²⁷⁷ Der Gesetzeswortlaut sollte entsprechend überprüft und ggf. angepasst werden. Auch für den Bezug von Krankengeld gemäß § 44b SGB V ist nach dem derzeitigen Wortlaut der tatsächliche Erhalt von Leistungen der Eingliederungshilfe erforderlich. Wie bereits in Kapitel 4.1 dargestellt wurde, kommt es beim Unterstützungsbedarf im Krankenhaus nicht auf die Leistungen an, die der Mensch mit Behinderung ansonsten im Alltag erhält, sodass auch bei älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die im Alltag bisher nur Pflegeleistungen erhalten, ein entsprechender Bedarf bestehen könnte. Wenn diese jedoch keine Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, haben ihre Angehörigen nach dem derzeitigen Gesetzeswortlaut für die Begleitung keinen Krankengeldanspruch. Auch kommen nach der derzeitigen Rechtslage ambulante Pflegeleistungen während eines Krankenhausaufenthalts nur

²⁷⁷ So auch: Busch, in: Feldes/Kothe/Stevens-Bartol, SGB IX, 2023, § 113, Rn. 43c.

in Betracht, wenn die zu begleitende Person ihre Leistungen im Arbeitgebermodell organisiert (§ 63b Abs. 4 SGB XII, § 37 Abs. 4 i.V.m. § 11 Abs. 3 SGB V).²⁷⁸

Grundsätzlich ist das Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags umfassend auch für die pflegerische Versorgung des Menschen mit Behinderung zuständig. Werden die Leistungen aber z.B. aufgrund eines Personalengpasses nicht bedarfsdeckend erbracht, müssen sie im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden, sofern sie dem üblichen Leistungsumfang entsprechen (Grundpflege und einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege).²⁷⁹ Der Träger der Eingliederungshilfe hat dann im Nachgang ggf. die Möglichkeit, sich im Innenverhältnis das Geld von der Krankenkasse gemäß § 104 SGB X erstatten zu lassen, und diese kann ggf. in ihrem Vertragsverhältnis zum Krankenhaus die Vergütung entsprechend kürzen. Falls die Pflegeleistungen durch das Krankenhaus nicht hinreichend sichergestellt werden, verletzt dieses seine Schutzwicht.²⁸⁰

Somit zeigt sich, dass die Leistungsansprüche gemäß § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX nicht isoliert betrachtet werden können, zumal ihr Anwendungsbereich begrenzt ist. Vielmehr sollte nach entsprechenden Lösungen gesucht werden, in die alle Leistungssysteme einbezogen werden, über die Leistungen der persönlichen Assistenz abgedeckt werden.

6.6 Zusammenfassung

Die Krankenhausbehandlung muss für alle Menschen mit Behinderungen barrierefrei sein. Dies ergibt sich aus verschiedenen Rechtsquellen des übergeordneten (Verfassungs- und Völkerrecht) sowie des einfachen Rechts. Die Barrierefreiheit muss über das Leistungserbringungsrecht und dabei insbesondere durch die Vereinbarung von entsprechenden Zusatzentgelten in den Budgetverhandlungen zwischen den Vertragsparteien sowie durch die Qualitätssicherung im Krankenhaus sichergestellt werden.

Die Krankenhausbehandlung ist gemäß § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V grundsätzlich allumfassend und zielt auf die Krankenbehandlung. Neben ärztlicher Behandlung und der notwendigen Behandlungspflege sind auch Leistungen der Grundpflege und subsidiäre Leistungen zur sozialen Betreuung der Patient*innen umfasst. Die Krankenhausbegleitung hingegen soll in erster Linie durch pädagogisch ausgerichtete Unterstützung die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Krankenbehandlung erfolgreich durchgeführt werden kann. Hierbei können Schnittstellen zu den von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Kommunikationshilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I) und zu den Aufgabenbereichen einer rechtlichen Betreuung entstehen. Begleitpersonen gemäß § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX dürfen aber nicht ohne Weiteres Willenserklärungen für den Menschen mit Behinderung abgeben oder in Behandlungen einwilligen. Dies ist nur möglich, wenn die Begleitperson nach den §§ 1814 BGB, § 630d Abs. 1 S. 2 BGB, § 1358 BGB hierzu berechtigt ist. Dies wird bei Begleitpersonen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX kaum zutreffen und ist entsprechend sowohl von den Krankenhäusern als auch von den Begleitpersonen selbst zu beachten.

Weiterhin wurde untersucht, ob und inwieweit die Begleitpersonen im Krankenhaus auch in pflegerische Tätigkeiten eingebunden werden können. Grundsätzlich ist die Pflege und dabei auch die Grundpflege vom Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses umfasst. Es gibt aber beispielsweise auch Menschen mit Behinderungen, die pflegerische Maßnahmen von ihnen fremden Personen ablehnen. In der Analyse wurde auch gezeigt, dass gerade die Pflege von Menschen mit schweren und mehrfachen Beeinträchtigungen besondere Anforderungen an die Pflegepersonen

²⁷⁸ Siehe Kapitel 3.3.1.

²⁷⁹ Siehe Kapitel 4.2.3 und die Nachweise in Fn. 113.

²⁸⁰ So: Palsherm, in: Bieritz-Harder/Conradis/Palsherm, LPK-SGB XII, 2024, § 63b, Rn. 22.

stellt, die häufig nur über entsprechendes Erfahrungswissen erfüllt werden können. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll die Erbringung von Pflegeleistungen ausschließlich bei der Begleitung gemäß § 44b SGB V möglich sein und bei den Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX ausgeschlossen sein. Pflegeleistungen sind in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe ein integraler Bestandteil der Eingliederungshilfeleistungen (§ 103 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 43a SGB XI). Auch außerhalb von besonderen Wohnformen sollen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich gegen Kostenerstattung vom Träger der Eingliederungshilfe erbracht werden (§ 13 Abs. 4 SGB XI)²⁸¹ und für die ambulanten Leistungen der Hilfe zur Pflege regelt § 103 Abs. 2 S. 1 SGB IX, dass diese Teil der Eingliederungshilfeleistungen sind, solange die Teilhabeziele nach Maßgabe des Gesamtplanes erreicht werden können und bereits vor Erreichen der Regelaltersgrenze Eingliederungshilfeleistungen bezogen wurden.

Der Ausschluss von Pflegeleistungen durch die vertrauten Personen stellt insbesondere Menschen mit Behinderungen vor Probleme, die Pflegeleistungen nicht durch ihnen fremde Personen zulassen. Wird die pflegerische Unterstützung dann nicht durch die Begleitperson erbracht, kommt es zu Versorgungsdefiziten. Somit sollte § 113 Abs. 6 SGB IX um einen Satz erweitert werden, wonach auch pflegerische Unterstützungsleistungen in Einzelfällen, insbesondere bei der Abwehr von Pflegemaßnahmen durch die Pflegekräfte im Krankenhaus, erbracht werden können.

Die Frage nach der Haftung in Schadensfällen lässt sich nicht pauschal, sondern immer nur einzelfallbezogen beantworten. Grundsätzlich ist eine Haftung des Krankenhauses, des Leistungserbringers der Eingliederungshilfe sowie auch der Begleitperson selbst möglich. Um Klarheit bezüglich der jeweiligen Verantwortlichkeiten zu schaffen, empfiehlt es sich, dass zwischen allen beteiligten Akteuren enge Absprachen getroffen werden. Gerade im Fall der Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten durch die Begleitpersonen empfehlen sich auch schriftliche Vereinbarungen sowie eine umfassende Dokumentation sowohl durch das Krankenhauspersonal als auch den Leistungserbringer der Eingliederungshilfe. Um die arbeitsteiligen Prozesse von Krankenhauspersonal und Begleitpersonen besser aufeinander abzustimmen und Schadensfälle zu vermeiden, könnte ggf. auch die Ausarbeitung von konkreten Handlungsleitfäden durch das jeweilige Krankenhaus hilfreich sein. Eine Sorge um eine mögliche Haftung sollte aber nicht dazu führen, dass die Krankenhausbegleitung am Ende nicht durchgeführt wird.

An verschiedenen Stellen hat sich gezeigt, dass § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX noch nicht gut ineinander greifen. Besteht im Einzelfall kein Anspruch auf Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX und muss die Begleitung durch Angehörige oder Personen aus dem persönlichen Umfeld übernommen werden, hat diese Begleitperson nicht in jedem Fall auch Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44b SGB V. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn die Begleitung weniger als acht Stunden dauert. In allen anderen Fällen müssen die Begleitpersonen die Begleitung unentgeltlich leisten.

Des Weiteren sieht § 113 Abs. 6 S. 3 SGB IX anders als die Anlage zu § 2 KHB-RL keinen Anspruch auf Begleitung zum Einbezug in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen vor, obwohl dies gerade bei komplexen Bedarfen auch bei der Begleitung im Rahmen der Eingliederungshilfe erforderlich sein kann.

Des Weiteren besteht Rechtsunsicherheit für jene Personen, die bisher im Alltag noch keine Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten haben, aber zum leistungsberechtigten Personenkreis gehören könnten, da der bisherige Bezug von Eingliederungshilfeleistungen sowohl nach dem

²⁸¹ Siehe zur geringen Relevanz dieser Regelung in der Praxis: Kapitel 6.3.2.

Wortlaut von § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX vorausgesetzt wird. Gerade ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die ebenfalls einen Begleitungsbedarf im Krankenhaus haben können, aber häufig keine Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, hätten damit nach dieser Auslegung der Normen keinen Anspruch auf Begleitung im Krankenhaus. Auch nach dem SGB XI und SGB XII besteht aufgrund der Leistungsausschlüsse in § 34 Abs. 2 S. 1 SGB XI und § 63b Abs. 3 SGB XII kein Anspruch auf ambulante Pflege im Krankenhaus. Eine Ausnahme wurde mit § 63b Abs. 4 SGB XII lediglich für das Arbeitgebermodell geregelt.

7. Fazit und Handlungsempfehlungen

7.1 Fazit der Untersuchung

Mit den zum 01.11.2022 in Kraft getretenen gesetzlichen Änderungen in SGB V und SGB IX wurde ein neuer rechtlicher Rahmen geschaffen, um die Krankenhausbegleitung von Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen und die Finanzierung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Eingliederungshilfe zu regeln. Ziel dieser Regelungen ist es, die medizinische Versorgung auch bei komplexen Unterstützungsbedarfen sicherzustellen und die Belastung für die betroffenen Personen zu reduzieren.

Die vorliegende Evaluation hatte zum Ziel, die Umsetzung und Wirkung dieser Neuregelungen umfassend zu untersuchen. Im Mittelpunkt standen Fragen zur praktischen Anwendung, zur finanziellen Verteilung zwischen den Leistungssystemen sowie zur Qualität und Reichweite der Krankenhausbegleitung. Darüber hinaus wurden rechtliche und organisatorische Herausforderungen sowie bestehende Regelungslücken identifiziert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die **Inanspruchnahme der Krankenhausbegleitung** nach § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX bislang sehr gering ist und sich auf wenige hundert Fälle pro Jahr beschränkt. Dabei kommen Begleitungen in beiden Leistungssystemen etwa gleich häufig vor: Im Jahr 2023 wurden 207 Fälle nach § 44b SGB V und schätzungsweise 180 Fälle nach § 113 Abs. 6 SGB IX registriert. Ein Grund für die geringe Inanspruchnahme ist zum einen, dass die Neuregelungen noch nicht hinlänglich bekannt sind. Dies gilt sowohl für Patient*innen und deren Angehörige als auch für Krankenhauspersonal und Leistungserbringer. Zum anderen stellen Personalmangel und Organisationsstrukturen eine Barriere für die Inanspruchnahme einer Begleitung nach § 113 Abs. 6 SGB IX dar. Möglicherweise ist aber auch der Bedarf geringer als angenommen und wird ggf. anderweitig gedeckt. Wenn Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld nicht berufstätig sind, haben sie keinen Verdienstausfall, der durch § 44b SGB V zu kompensieren wäre.

Die **durchschnittlichen Fallkosten** unterscheiden sich deutlich: Während die Kosten nach § 44b SGB V bei rund 645 € liegen, betragen sie nach § 113 Abs. 6 SGB IX durchschnittlich etwa 2.260 €. Insgesamt entstehen damit höhere Kosten für die Träger der Eingliederungshilfe als für die Krankenkassen. Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen lässt sich jedoch keine relevante Ungleichverteilung der finanziellen Lasten feststellen.

Trotz der geringen Inanspruchnahme zeigt sich eine zunehmende **Berücksichtigung der Krankenhausbegleitung in der Praxis**. Viele Träger der Eingliederungshilfe haben ihre Bedarfsermittlungsinstrumente und Gesamtplanverfahren angepasst. In Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen sind die Regelungen jedoch bislang nur vereinzelt verankert. Auch in der Beratungspraxis – etwa bei EUTB, ZsL und UPD – ist das Thema regelmäßig präsent.

Die Analyse der **Landesrahmenverträge** hat gezeigt, dass bisher in einigen, aber noch nicht in allen Bundesländern Regelungen zur Krankenhausbegleitung aufgenommen wurden. In anderen Bundesländern wird derzeit verhandelt oder es werden Modelle der Finanzierung der Leistungen erprobt. Für Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Leistungsträger kann das Fehlen einer rahmenvertraglichen Regelung zu Rechtsunsicherheit führen, die die Zugänglichkeit der Leistung erschweren kann. Soweit schriftliche oder mündliche Absprachen zwischen den Vereinbarungspartnern auf Landesebene zur Auslegung der Rahmenverträge in Bezug auf die Krankenhausbegleitung bestehen, wäre es daher sinnvoll, diese zugänglich zu veröffentlichen. Die Landesrahmenverträge gemäß § 131 SGB IX, die bislang noch keine expliziten Regelungen zur Krankenhausbegleitung beinhalten, sollten insoweit überprüft werden.

Die **Fallstudien** verdeutlichen, dass die Qualität und Organisation der Begleitung entscheidend für den Verlauf des Krankenhausaufenthalts sind. Aus Sicht der betroffenen Personen wurde die Begleitung überwiegend positiv erlebt – deutlich positiver als von den Begleitpersonen selbst, insbesondere den professionellen Leistungserbringern, deren Erfahrungen stark variierten.

Ein zentrales Problem ist der **mangelnde Informationsstand**: Viele Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen wussten nicht, dass eine Begleitung im Krankenhaus möglich ist oder dass sich die gesetzlichen Grundlagen geändert haben und unter welchen Voraussetzungen ein Lohnersatz gezahlt wird. Auch bei Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld bestehen häufig Wissenslücken, was auf Defizite in der Beratung durch Leistungsträger hinweist.

Die **Aufgaben der Begleitpersonen** sind vielfältig: Sie übernehmen pflegerische Tätigkeiten, unterstützen die Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal, leisten emotionale Stabilisierung und helfen bei der Tagesgestaltung. In vielen Fällen wäre eine medizinische Behandlung ohne diese Unterstützung nicht möglich gewesen. Die Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal wurde von den Betroffenen überwiegend positiv bewertet – insbesondere dann, wenn die Begleitperson aktiv in Gespräche eingebunden war. Gleichzeitig wurden strukturelle Probleme deutlich: Fehlendes Wissen über gesetzliche Regelungen, eingeschränkte Mitnahme von Pflegekräften und reduzierte Assistenzzeiten führten zu Belastungen und Einschränkungen.

Das **Wunsch- und Wahlrecht** wird bislang nur teilweise umgesetzt: Etwa die Hälfte der Betroffenen konnte selbst entscheiden, wer sie begleitet – die andere Hälfte wurde ohne aktive Wahlmöglichkeit von gerade verfügbaren Personen begleitet. Die Wahl der begleitenden Person war dabei, sowohl bei Mitarbeiter*innen von Leistungserbringern, als auch aus dem persönlichen Umfeld, meist von den verfügbaren Ressourcen der Begleitung abhängig. Menschen die Formen der persönlichen Assistenz nutzen, weisen in diesem Zusammenhang auf leistungsrechtliche Abgrenzungsschwierigkeiten hin. In einigen Fällen wurden im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung auch freiheitsentziehende Maßnahmen thematisiert.

Insgesamt zeigen die Fallstudien, dass die Krankenhausbegleitung einen wesentlichen Beitrag zur Selbstbestimmung und Teilhabe leisten kann, jedoch strukturell noch nicht ausreichend abgesichert ist. Es braucht klare Zuständigkeiten, bessere Beratung und verbindliche Regelungen, um die Begleitung verlässlich und bedarfsgerecht zu gestalten.

Die **rechtswissenschaftliche Analyse** hat gezeigt, dass § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX an verschiedenen Stellen noch nicht gut ineinander greifen. Besteht im Einzelfall **kein Anspruch auf Leistungen** gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX und muss die Begleitung durch Angehörige oder Personen aus dem persönlichen Umfeld übernommen werden, hat diese Begleitperson nicht in jedem Fall auch Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44b SGB V. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn die Begleitung weniger als acht Stunden dauert. In solchen Fällen müssen die Begleitpersonen die Begleitung unentgeltlich leisten.

Weiterhin haben Menschen mit Behinderung oder ihre Begleitpersonen keinen Anspruch auf Leistungen nach § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX, wenn bisher im Alltag noch keine Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen wurden. Der bisherige Bezug von Eingliederungshilfeleistungen wird sowohl nach dem Wortlaut von § 44b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 lit. c SGB V als auch § 113 Abs. 6 S. 2 SGB IX vorausgesetzt. Gerade ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die ebenfalls einen Begleitungsbedarf im Krankenhaus haben können, aber häufig keine Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, hätten damit nach dieser Auslegung der Normen keinen Anspruch auf Begleitung im Krankenhaus.

Des Weiteren sieht § 113 Abs. 6 S. 3 SGB IX anders als die Anlage zu § 2 KHB-RL keinen Anspruch auf Begleitung zum **Einbezug in das therapeutische Konzept** während der Krankenhausbehandlung oder zur Einweisung in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen vor, obwohl dies gerade bei komplexen Bedarfen auch bei der Begleitung im Rahmen der Eingliederungshilfe erforderlich sein kann.

Eine zentrale und vielfach thematisierte Unsicherheit betrifft die **Übernahme von pflegerischen Leistungen durch die Begleitperson**. Die Krankenhausbehandlung ist gemäß § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V grundsätzlich allumfassend und beinhaltet auch Leistungen der Grundpflege und subsidiäre Leistungen zur sozialen Betreuung der Patient*innen. Die Krankenhausbegleitung hingegen soll in erster Linie durch pädagogisch ausgerichtete Unterstützung die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Krankenbehandlung erfolgreich durchgeführt werden kann. Der Ausschluss von Pflegeleistungen durch die vertrauten Personen stellt jedoch Menschen mit Behinderungen vor Probleme, die Pflegeleistungen nicht durch ihnen fremde Personen zulassen. Wird die pflegerische Unterstützung dann nicht durch die Begleitperson erbracht, kommt es zu Versorgungsdefiziten. Somit sollte § 113 Abs. 6 SGB IX um einen Satz erweitert werden, wonach auch pflegerische Unterstützungsleistungen in Einzelfällen, insbesondere bei der Abwehr von Pflegemaßnahmen durch die Pflegekräfte im Krankenhaus, erbracht werden können. In dem Zusammenhang ist zu beachten, dass die im Krankenhaus geleistete Pflege durch die Begleitperson nicht über das im Rahmen der Eingliederungshilfe üblicherweise geschuldete Maß hinausgehen darf.

Haftungsrechtliche Fragen sind im jeweiligen Einzelfall zu klären. Grundsätzlich ist eine Haftung des Krankenhauses, des Leistungserbringers der Eingliederungshilfe sowie auch der Begleitperson selbst möglich. Um Klarheit bezüglich der eigenen Verantwortlichkeiten zu schaffen, empfiehlt es sich, dass zwischen allen Beteiligten Akteuren enge Absprachen getroffen werden. Gerade im Fall der Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten durch die Begleitpersonen empfehlen sich auch schriftliche Vereinbarungen sowie eine umfassende Dokumentation sowohl durch das Krankenhauspersonal als auch den Leistungserbringer der Eingliederungshilfe. Eine erforderliche Krankenhausbegleitung sollte nicht an haftungsrechtlichen Bedenken scheitern.

Weiterhin besteht Unklarheit bzgl. der **Übernahme von Fahrkosten** der Begleitperson. Hier wäre eine gesetzliche Klarstellung wünschenswert. Zudem sollte der vorgesehene zeitliche Mindestumfang der Begleitung von acht Stunden gemäß § 1 Abs. 2 S. 1 KHB-RL überdacht werden. Auch wenn eine Begleitung kürzer als acht Stunden dauert, kann dies die Berufstätigkeit der Begleitperson erheblich einschränken.

7.2 Handlungsempfehlungen

Aus den Untersuchungsergebnissen lassen sich verschiedene Empfehlungen ableiten, wie die hier untersuchten Regelungen weiterentwickelt werden könnten:

- Die Krankenhausbehandlung muss für alle Menschen mit Behinderungen barrierefrei sein. Dies ergibt sich aus verschiedenen Rechtsquellen des Verfassungs- und Völkerrechts sowie des Behindertengleichstellungsrechts, Krankenhausrechts und Sozialrechts. Die **Barrierefreiheit** muss sowohl über das Leistungserbringungsrecht und dabei insbesondere durch die Qualitätssicherung im Krankenhaus als auch durch die Vereinbarung von entsprechenden Zusatzentgelten in den Budgetverhandlungen sichergestellt werden.
- Bislang werden die Leistungen der Krankenhausbegleitung nach § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen. Auch wenn der tatsächliche Bedarf nicht bekannt ist, geben die Untersuchungsergebnisse Hinweise darauf, dass vielfach unentgeltliche

Begleitungen stattfinden. So sind bspw. die Regelungen nicht überall bekannt. Zudem werden die Voraussetzungen möglicherweise nicht in allen Fällen erfüllt. Daher sollten die geltenden Leistungsvoraussetzungen überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

- Sowohl bei § 44b SGB V als auch bei § 113 Abs. 6 SGB IX sollte die **Voraussetzung des bisherigen Bezugs von Eingliederungshilfeleistungen** überdacht werden, da hierdurch gerade ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in ihrem Alltag häufig nur Pflegeleistungen erhalten, von den Leistungen ausgeschlossen werden könnten, obwohl sie zum leistungsberechtigten Personenkreis nach § 99 SGB IX gehören könnten. Das in beiden Normen geforderte enge Vertrauensverhältnis kann auch vorliegen, wenn die Begleitperson bisher keine Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht hat.
- Die Leistungsvoraussetzungen von § 44b SGB V und § 113 Abs. 6 SGB IX sollten überprüft und ggf. angeglichen werden. Während die medizinische Notwendigkeit der Begleitung durch Angehörige gemäß der Anlage zu § 2 der KHB-RL auch dann vorliegt, wenn die Begleitperson in das therapeutische Konzept während der Krankenhausbehandlung einbezogen werden muss oder in nach der stationären Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige Maßnahmen eingewiesen werden muss, sieht § 113 Abs. 6 S. 3 SGB IX lediglich Leistungen zur Verständigung und zur Unterstützung im Umgang mit Belastungssituationen vor und einen entsprechenden Bedarf nur in diesen Fällen vor. Auch bei dieser Form der Begleitung kann jedoch ein Einbezug der Begleitperson in das therapeutische Konzept erforderlich sein, wobei die grundsätzlichen Zuständigkeiten der Eingliederungshilfe und der gesetzlichen Krankenversicherung gewahrt bleiben müssen.
- Lässt der Mensch mit Behinderung die Pflege durch die im Krankenhaus angestellten Pflegekräfte nicht zu, muss die **Pflege durch die Bezugspersonen** gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX möglich sein. Dies gilt zumindest in dem vom Leistungserbringer der Eingliederungshilfe üblicherweise auch im Alltag geschuldeten Umfang.
- Aus haftungsrechtlicher Sicht sind eine gute Kooperation und enge Absprachen zwischen dem Krankenhauspersonal und den Begleitpersonen empfehlenswert, die gerade bei der Übernahme pflegerischer Tätigkeiten durch die Begleitperson auch durch schriftliche Vereinbarungen zwischen den beteiligten Akteuren und eine ausführliche Dokumentation ergänzt werden sollten.
- Die Regelungen sollten auch in Bezug auf die **Dauer der Begleitung** angeglichen werden. Wenn der Begleitungsbedarf kürzer ist als acht Stunden, werden diejenigen, die keinen Anspruch auf Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX haben, vor Probleme gestellt, da ihre Angehörigen aufgrund der zu kurzen Dauer keinen Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44b SGB V haben. Auch bei einem niedrigeren Begleitungsbedarf kann aber die Berufstätigkeit der Begleitpersonen beeinträchtigt werden.
- Auch die Regelungen gemäß § 34 Abs. 2 S. 1 SGB XI und § 63b Abs. 3 SGB XII, wonach Pflegebedürftige während ihres Aufenthalts in einer teilstationären oder vollstationären Einrichtung dort keinen Anspruch auf häusliche Pflege haben, sollten überprüft werden. Die mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus eingeführte Rückausnahme für Menschen, die ihre Pflege im Arbeitgebermodell organisieren in § 63b Abs. 4 SGB XII zielt einerseits darauf, dass die pflegebedürftigen Personen ihren Arbeitgeberpflichten auch während eines Krankenhausaufenthalts weiter nachkommen.²⁸² Andererseits sollte hierdurch aber

²⁸² BT-Drs. 16/12855, S. 8.

auch die pflegerische Versorgung von Menschen sichergestellt werden, deren Bedarfe über das vom Krankenhaus Leistbare hinausgehen.²⁸³ Die notwendige Begleitung und Unterstützung während eines Krankenhausaufenthalts sollte jedoch nicht davon abhängig gemacht werden, welches Leistungssystem für die Unterstützung im Alltag zuständig ist und in welcher Form die Leistungen bezogen werden.

- Entweder in § 60 SGB V oder in § 113 Abs. 6 SGB IX sollte ein Satz aufgenommen werden, wonach bei einem entsprechenden Bedarf auch die **Fahrkosten der Begleitperson** übernommen werden. Sollen hierfür die Krankenkassen zuständig sein, muss der Träger der Eingliederungshilfe diese grundsätzlich in das Teilhabeplanverfahren einbinden. Gleches gilt auch, wenn der Träger der Eingliederungshilfe weitere Bedarfe erkennt, für die die gesetzliche Krankenversicherung zuständig ist.
- Für Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Leistungsträger kann **das Fehlen einer rahmenvertraglichen Regelung** zu § 113 Abs. 6 SGB IX zu Rechtsunsicherheit führen, die die Zugänglichkeit der Leistung erschweren kann, insbesondere wenn die genannten Akteure keinen unmittelbaren Zugang zu den Verhandlungen hatten. Die Landesrahmenverträge gemäß § 131 SGB IX, die bislang noch keine expliziten Regelungen zur Krankenhausbegleitung beinhalten, sollten insoweit überprüft werden.
- Aus den in §§ 1353 Abs. 1, 1618 BGB geregelten **familiären Beistandspflichten** lässt sich keine Verpflichtung von Angehörigen zu regelmäßigen und wiederkehrenden Diensten unter Einschränkung der eigenen Berufstätigkeit ableiten. Somit kommt die Ablehnung der Leistungen gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX durch die Träger der Eingliederungshilfe aufgrund des Nachranggrundsatzes gemäß §§ 91 Abs. 1 i.V.m. 104 Abs. 1 SGB IX nur in Ausnahmefällen in Betracht und nur, wenn der Bedarf tatsächlich durch die familiäre Unterstützung vollständig abgedeckt wird.²⁸⁴
- Bereits im Rahmen der **Bedarfsermittlung** sollte der Begleitungsbedarf bei einer Krankenhausbegleitung systematisch geprüft und dokumentiert werden. Dies ist insbesondere für Akut- und Notfallsituationen relevant. Dies setzt voraus, dass entsprechende Fragestellungen in Bedarfsermittlungsinstrumenten und Gesamtplanverfahren verankert sind. Tritt der Begleitungsbedarf durch eine akute Behandlung kurzfristig auf, ohne dass Feststellungen im Gesamtplanverfahren getroffen wurden, ist entscheidend, dass eine Entscheidung über die Leistung zügig getroffen wird und der Bedarf auch nachgemeldet werden kann.
- Die Begleitung gemäß § 113 Abs. 6 SGB IX ist zudem, ebenso wie § 44b SGB V, nicht nur bei vollstationären, sondern auch bei den anderen in § 39 SGB V genannten Behandlungsformen, also auch bei **teilstationären Behandlungen** möglich, denn § 113 Abs. 6 SGB IX verweist auf die „stationäre“ Behandlung gemäß § 39 SGB V und nicht auf eine „vollstationäre“ Krankenhausbehandlung.
- Die **Beratungs- und Informationslage** zur Krankenhausbegleitung sollte gezielt verbessert werden. Krankenhäuser können dabei eine zentrale Rolle als Anlaufstelle für Begleitpersonen aus dem persönlichen Umfeld und für Leistungserbringer übernehmen. Die Möglichkeit von Qualitätsverträgen eröffnet Krankenhäusern den Raum, auch hochbelastete Angehörige

²⁸³ BT-Drs. 16/12855, S. 9; BT-Drs. 18/9518, S. 91 f.

²⁸⁴ Vgl. zu den Voraussetzungen einer Ablehnung von Leistungen aufgrund von familiären Beistandspflichten: BT-Drs. 19/31069, S. 193.

einzubinden, zu beraten und eine indirekte Zielgruppe der gesetzlichen Änderungen stärker in den Blick zu nehmen.

- Krankenhäuser sollten gezielte Maßnahmen zur **Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung** für die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und deren Begleitpersonen ergreifen. Schulungen für das Krankenhauspersonal, Informationsmaterialien sowie interne Leitlinien zur Einbindung von Begleitpersonen können dazu beitragen, Unsicherheiten zu reduzieren und die Zusammenarbeit zu verbessern.

8. Anhang

8.1 Literaturverzeichnis

- Achterfeld, Claudia (2014): Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, Rechtliche Rahmenbedingungen der Delegation ärztlicher Leistungen, Heidelberg 2014.
- Aichele, Valentin (2011): Die UN-Behindertenrechtskonvention in der anwaltlichen Praxis, AnwBl 10.2011, S. 727-730.
- Aichele, Valentin (2012): Barrieren im Einzelfall überwinden: Angemessene Vorkehrungen gesetzlich verankern, Position Nr. 5 der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, 8.2012, verfügbar unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/positionen_nr_5_barrieren_im_einzelfall_ueberwinden.pdf (letzter Abruf am 24.10.2025).
- Axmann, Jenny (2017): BTHG und PSG III – Was verändert sich bei Teilhabe und Pflege? Die wichtigsten Neuerungen in der Übersicht, RdLH 1.2017, S. 1-6.
- Axmann, Jenny (2023): Besuchsbeihilfen nach § 115 SGB IX können auch Assistenzleistungen umfassen, RdLH 1.2023, S. 20-22.
- BAGüS (2022): Orientierungshilfe zu den Assistenzleistungen im Krankenhaus im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 113 Abs. 6 SGB IX, Stand 12/2022, verfügbar unter: https://www.lwl.org/spur-download/bag/Orientierungshilfe_Assistenz_im_Krankenhaus.pdf (letzter Abruf am 23.10.2025).
- Banafsche, Minou (2015): Die internationalen Menschenrechte und das deutsche Recht – ein Überblick, in: Banafsche, Minou/Platzer, Wolfgang (Hrsg.), Soziale Menschenrechte und Arbeit, multidisziplinäre Perspektiven, Baden-Baden 2015, S. 57-87.
- Becker, Clara (2015): Assistenzleistungen im Krankenhaus im Lichte des Grundgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL, verfügbar unter: https://digab.de/wp-content/uploads/2018/11/DIGAB_Rechtsgutachten_Assistenz_im_Krankenhaus.pdf (letzter Abruf am 23.10.2025).
- Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten (Hrsg.) (2024): SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 9. Auflage, München 2024 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Becker/Kingreen, SGB V, 2024, §, Rn.).
- Berchtold, Josef/Huster, Stefan/Rehborn, Martin (Hrsg.) (2018): Nomos Kommentar, Gesundheitsrecht, 2. Auflage, Baden-Baden 2018 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Berchtold/Huster/Rehborn, NK Gesundheitsrecht, 2018, §, Rn.).
- Bergmann, Karl Otto/Pauge, Burkhard/Steinmeyer, Heinz-Dietrich (Hrsg.) (2024): Nomos Kommentar, Gesamtes Medizinrecht, 4. Auflage, Baden-Baden 2024 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, NK Medizinrecht, 2024, §, Rn.).
- Bernasconi, Tobias (2023): Zum Personenkreis Menschen mit komplexer Behinderung. In: Schachler, Viviane; Schlummer, Werner; Weber, Roland. Zukunft der Werkstätten. Perspektiven für und von Menschen mit Behinderung zwischen Teilhabe-Auftrag und Mindestlohn.
- Bieritz-Harder, Renate/Conradis, Wolfgang/Palsherm, Ingo (Hrsg.) (2024): SGB XII, Sozialhilfe, Lehr- und Praxiskommentar, 13. Auflage, Baden-Baden (zitiert: Bearbeiter*in, in: Bieritz-Harder/Conradis/Palsherm, LPK-SGB XII, 2024, §, Rn.).

- BMAS (Hrsg.) (2025): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen; Teilhabesurvey – 2. Welle, S. 81 – online, geprüft am 14.10.2025.
- von Boetticher, Arne (2020): Das neue Teilhaberecht, 2. Auflage, Baden-Baden 2020.
- von Boetticher, Arne/Kuhn-Zuber, Gabriele (2022): Rehabilitationsrecht, Ein Studienbuch für soziale Berufe, 2. Auflage, Baden-Baden 2022.
- BRK-Allianz, Allianz der deutschen Nichtregierungsorganisationen zur UN-Behindertenrechtskonvention, Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion! (2013): Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland, verfügbar unter: http://www.brk-allianz.de/attachments/article/93/beschlossene_fassung_final_endg-logo.pdf (letzter Abruf am 24.10.2025).
- Bundesärztekammer (2016): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, „Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“, Deutsches Ärzteblatt 2016, S. A1-A6.
- Busch, Dörthe (2023): Der neue Anspruch auf Krankengeld für Personen, die Menschen mit Behinderungen (§ 2 SGB IX) bei einer stationären Krankenhausbehandlung begleiten, § 44b SGB V, Beitrag A2-2023 unter www.reha-recht.de.
- Busch, Dörthe/Rabe-Rosendahl, Cathleen (2024): Die Begleitung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus durch vertraute Bezugspersonen gemäß § 44b SGB V, RP Reha 1.2024, S. 28-33.
- Chandna-Hoppe, Katja (2020): Grundstrukturen des Krankenhausfinanzierungsrechts, NZS 2020, S. 81-84.
- Clausen, Tilman/Schroeder-Printzen (Hrsg.) (2020): Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage, München (zitiert: Bearbeiter*in, in: Clausen/Schroeder-Printzen, MAH Medizinrecht, 2020, §, Rn.).
- Coester, Michael (1995): 15 Jahre Beistand und Rücksicht im deutschen Kindschaftsrecht, in: Gauch, Peter (Hrsg.), Familie und Recht: Festgabe der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Freiburg für Bernhard Schnyder zum 65. Geburtstag, Freiburg (Schweiz), 1995, S. 101-120 (zitiert: Coester, in: Gauch, Festgabe Schnyder, S.).
- Coester-Waltjen, Dagmar (2012): Reichweite und Grenzen der Patientenautonomie von Jungen und Alten - Ein Vergleich, MedR 2012, S. 553-560.
- CRPD Indikatoren online unter: <https://bridgingthegap-project.eu/crpd-indicators/> - geprüft am 16.10.2025
- Czennia, Dorothee (2021): Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus, Kostenübernahme für Begleitpersonen soll geregelt werden, Sozialrecht+Praxis 2021, S. 435-440.
- Düwell, Franz Josef/Joussen, Jacob/Luik, Steffen/von Boetticher, Arne (Hrsg.) (2025): Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG, Lehr- und Praxiskommentar, 7. Auflage, Baden-Baden (zitiert: Bearbeiter*in, in: Düwell/Joussen/Luik/von Boetticher, LPK-SGB IX, 2025, §, Rn.).
- Deinert, Olaf/Welti, Felix/Luik, Steffen/Brockmann, Judith (Hrsg.) (2022): Stichwortkommentar Behindertenrecht, 3. Auflage, Baden-Baden 2022 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, SWK Behindertenrecht, 2022, Stichwort, Rn.).

Dettling, Heinz-Uwe/Gerlach, Alice (Hrsg.) (2025): Beck'scher Online-Kommentar Krankenhausrecht, 11. Edition, München, Stand: 01.07.2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: BeckOK Krankenhausrecht, §, Rn., Stand).

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2022): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 9. Auflage, Baden-Baden (Bearbeiter*in, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 2022, Stichwort).

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2024): Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Ansprüche auf Begleitung im Krankenhaus, DV 7/23, verabschiedet am 17. September 2024 vom Präsidium des Deutschen Vereins.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (o.J.): Begleitung im Krankenhaus – Neuregelung wird evaluiert, verfügbar unter: <https://diefachverbaende.de/begleitung-im-krankenhaus-%E2%80%93-neuregelung-wird-evaluiert.html> (letzter Abruf am 24.10.2025).

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2022): Handreichung zur Umsetzung des Anspruchs auf Begleitung im Krankenhaus nach § 113 Abs. 6 SGB IX, 26. September 2022, verfügbar unter:
https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Dokumente_Download/s/Handreichung-Umsetzung-Begleitung-Krankenhaus.pdf?srsltid=AfmBOoqNXf9ylis35u_qHKZXXxCh7-_P4hITDI45nJNgYoezQpMQKng1 (letzter Abruf am 23.10.2025).

Ehmann, Frank/Karmanski, Carsten/Kuhn-Zuber, Gabriele (Hrsg.) (2023): Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung, 3. Auflage, Baden-Baden 2023 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar SRB, 2023, §, Rn.).

Eicher, Wolfgang (2022): Das koordinierende Reha-Verfahren – eine Herausforderung für die Verwaltung, NZS 2022, S. 601-605.

Epping, Volker/Hillgruber, Christian (Hrsg.) (2025): Beck'scher Online-Kommentar Grundgesetz, 63. Edition, München, Stand: 15.09.2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: BeckOK GG, Art., Rn., Stand).

Engels, Dietrich et al. (2022): Evaluierung des novellierten Behindertengleichstellungsgesetzes. Forschungsbericht im Auftrag des BMAS, Dezember 2022, verfügbar unter:
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Teilhabe/bgg-bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Abruf am 24.10.2025).

Feldes, Werner/Kothe, Wolfhard/Stevens-Bartol, Eckart (2023): SGB IX, Sozialgesetzbuch Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, 5. Auflage, Frankfurt am Main 2023 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Feldes/Kothe/Stevens-Bartol, SGB IX, 2023, §, Rn.).

FbJJ (2019): Vorschläge des Forums behinderter Juristinnen und Juristen – FbJJ – zur Verwirklichung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), Bearbeitungsstand: 14.3.2019, S. 30 f.

Fiori, Wolfgang/Bunzemeier, J Holger/Babapirali, Judith/Roeder, Norbert (2018): Die Pflege im G-DRG-System 2018, Was kommt unterm Strich heraus? Das Krankenhaus 2018, S. 32-38.

Fornefeld, Barbara (2008): Menschen mit Komplexer Behinderung – Klärung des Begriffs. In: Fornefeld, Barbara (Hrsg.): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik.

Frevert, Uwe/Frehe, Horst (2022): Nicht allein ins Krankenhaus, Neuregelungen in der Finanzierung der Begleitung von Menschen mit Behinderungen, SozSich 2022, 455-457.

Fuchs, Harry (2023): Zur Forderung nach Streichung des § 43a SGB XI, Beitrag A5-2023 unter www.reha-recht.de.

Fuchs, Harry/Ritz, Hans-Günther/Rosenow, Roland (Hrsg.) (2021): SGB IX - Kommentar zum Recht behinderter Menschen mit Erläuterungen zum AGG und BGG, 7. Auflage, München 2021 (zitiert: Bearbeiter, in: Fuchs/ Ritz/ Rosenow, SGB IX, 2021, §, Rn.).

G-BA (2022): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen (Krankenhausbegleitungs-Richtlinie/KHB-RL) vom 18.08.2022.

G-BA (2022): Abschlussbericht, Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen, Erstfassung der Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen (Krankenhausbegleitungs-Richtlinie/KHB-RL), Stand: 18. August 2022, verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8764/2022-08-18_KHB-RL_Erstfassung_ZD.pdf (letzter Abruf am 23.10.2025).

G-BA (2025): Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, Stand: 14.08.2025, verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5946/2025-08-14_Abgeschlossene_Qualitaetsvertrage_Uebersicht.pdf (letzter Abruf am 24.10.2025).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022). Richtlinie über den Personenkreis von Menschen mit Behinderung, die eine Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen benötigen. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (BArz AT 11.10.2022 B1) – geprüft am 13.10.2025.

Gernhuber, Joachim (1986): » Eltern und Kinder sind einander Beistand und Rücksicht schuldig«, Ein Beitrag zu § 1618a BGB, in: Dieckmann, Albrecht (Hrsg.), Festschrift für Wolfram Müller-Freienfels, Baden-Baden 1986, S. 159-191 (zitiert: Gernhuber, in: FS Müller-Freienfels, 1986).

GKV-Spitzenverband/AOK-Bundesverband GbR/BKK Dachverband e.V./IKK e.V./Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau/KNAPPSCHAFT/Verband der Ersatzkassen e.V./Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Gemeinsames Rundschreiben vom 07.09.2022 in der Fassung vom 11.12.2024 zum Krankengeld nach § 44 SGB V, § 44b SGBV, zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII und zum Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 SGB XIV, verfügbar unter: https://www.gkv-datenauftausch.de/media/dokumente/arbeitgeber/eel/gem_rs_kg/2024_12_11_NS_FLB_TO_P_02_24c24i4444b45SGBV45SGBVII47SGBXIV_Aktualisierung_der_GR_zu_Entgeltersatzleistungen_Anl3.pdf (letzter Abruf am 23.10.2025).

GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024): Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Absatz 1a Nummer 7 KHG ab dem Jahr 2025 vom 18.12.2024 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin.

Greiner, Stefan/Winkler, Jürgen (Hrsg.) (2025): beck-online.GROSSKOMMENTAR, München 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: BeckOGK SGB IX, §, Rn, Stand).

Grube, Christian/Wahrendorf, Volker (Begr.)/Flint, Thomas (Hrsg.) (2024): SGB XII – Sozialhilfe mit Eingliederungshilfe (SGB IX Teil 2) und Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 8. Auflage, München 2024 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 2024, §, Rn.).

Gsell, Beate/Krüger, Wolfgang/Lorenz, Stephan/Reymann, Christoph (Hrsg.) (2025): beck-online.GROSSKOMMENTAR BGB, München 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: BeckOGK BGB, §, Rn., Stand).

Hänlein, Andreas (2018): Recht der sozialen Dienste, München 2018.

Hau, Wolfgang/Poseck, Roman (Hrsg.) (2025): Beck'scher Online-Kommentar BGB, 76. Edition, München, Stand: 01.11.2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Hau/Poseck, BeckOK BGB, §, Rn., Stand).

Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang (Begr.)/Oppermann, Dagmar (Fortführung)/Rademacker, Olaf (Hrsg.) (2025): Sozialgesetzbuch, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Berlin 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Hauck/Noftz, SGB V, Ergänzungslieferung, §, Rn.).

Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang (Begr.)/Oppermann, Dagmar (Hrsg.) (2025): Sozialgesetzbuch, SGB IX Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, 2. Auflage, Berlin 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Hauck/Noftz, SGB IX, Ergänzungslieferung, §, Rn.).

Heggestad, Eric D.; Morrison, Morgan; Reeve, Charlie L.; McCloy, Rodney A.: Forced-choice assessments of personality for selection: Evaluating issues of normative assessment and faking resistance. In: Journal of Applied Psychology. Band 91, Nr. 1, 2006, S. 9–24. doi:10.1037/0021-9010.91.1.9

Heinz, Dirk (2015): Begrenzungen sozialhilferechtlicher Verantwortungen aufgrund familiärer Verantwortlichkeiten in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und im Rahmen der Hilfe zur Pflege durch die Sozialämter?, ZFSH/SGB 8.2015, S. 413-422.

heute im bundestag (hib) (2020):Kostenträger bei Krankenhausbegleitung, Kurzmeldung vom 11.3.2020 (hib 278/2020), verfügbar unter:
https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2020_03/687006-687006 (letzter Abruf am 24.10.2025).

Hlava, Daniel (2018): Barrierefreie Gesundheitsversorgung, Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung, Baden-Baden, 2018.

Huster, Stefan/Kaltenborn, Markus (Hrsg.) (2017): Krankenhausrecht, Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens, 2. Auflage, München (zitiert: Bearbeiter*in, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2017, §, Rn.).

Igl, Gerhard/Welti, Felix (1995): Die Leistungsinhalte der häuslichen Krankenpflege und ihre Abgrenzung von den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, VSSR 1995, S. 117-148.

Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.) (2022): Gesundheitsrecht, Eine systematische Einführung, 4. Auflage, München (zitiert: Bearbeiter*in, in: Igl/Welti, Gesundheitsrecht, 2022, §, Rn.).

Janßen, Assistenz von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus – Reformbedarfe im Lichte des Rechts auf Gesundheit nach Art. 25 UN-BRK und des Benachteiligungsverbots gemäß Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG – Teil I: Problemaufriss vor dem Hintergrund rechtlicher Anforderungen an eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung, Beitrag A11-2021 unter www.reha-recht.de.

Janßen, Christina (2021): Assistenz von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus – Reformbedarfe im Lichte des Rechts auf Gesundheit nach Art. 25 UN-BRK und des Benachteiligungsverbots gemäß Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG – Teil II: Leistungspflichten der Krankenhäuser und Regelungen zum weiteren Bezug von Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen im Krankenhaus, Beitrag D14-2021 unter www.reha-recht.de.

- Janßen, Christina (2021): Die Neuregelungen zur Assistenz im Krankenhaus, Beitrag A41-2021 unter www.reha-recht.de.
- Janßen, Christina (2024): Rechtliche Rahmenbedingungen barrierefreier Gesundheitskommunikation, in: Koehler, Stefanie/Rocío Bernabé (Hrsg.), E-Health für ältere Menschen: Deutsche Leichte Sprache als Türöffner, Berlin, 2024, S. 101-142.
- Jarass, Hans D./Pieroth, Bodo (Begr.) (2024): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Kommentar, 18. Auflage, München2024 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Jarass/Pieroth, GG, 2024, Art., Rn.).
- Klauß, Theo (2011): Gute Pflege für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung, in: Fröhlich, Andreas/Heinen, Norbert/Klauß, Theo/Lamers, Wolfgang (Hrsg.), Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär, S. 87-108 (zitiert: Klauß, in: Fröhlich/Heinen/Klauß/Lamers, Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär, 2011, S.).
- Knickrehm, Sabine/Roßbach, Gundula/Waltermann, Raimund (Hrsg.) (2025): Kommentar zum Sozialrecht, 9. Auflage, München 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Knickrehm/Roßbach/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, 2025, §, Rn.).
- Körner, Anne/Krasney, Martin/Mutschler, Bernd/Rolfs, Christian (Hrsg.) (2025): beck-online.GROSSKOMMENTAR (Kasseler Kommentar) SGB V, München 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: BeckOGK SGB V, §, Rn., Stand).
- Kossens, Michael/von der Heide, Dirk/Maaß, Michael (Hrsg.) (2023): SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen mit Behindertengleichstellungsgesetz, Kommentar, 5. Auflage, München (Bearbeiter*in, in: Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX, 2023, §, Rn.).
- Kotzur, Markus/Richter, Clemens (2012): Anmerkungen zur Geltung und Verbindlichkeit der Behindertenrechtskonvention im deutschen Recht, in: Welke, Antje (Hrsg.), UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, Berlin 2012, S. 81-92 (zitiert: Kotzur/Richter, in: Welke, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S.).
- Krahmer, Utz/Trenk-Hinterberger, Peter (Hrsg.) (2025): Sozialgesetzbuch I, Allgemeiner Teil, Lehr- und Praxiskommentar, 5. Aufl., Baden-Baden 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Krahmer/Trenk-Hinterberger, LPK-SGB I, 2025, §, Rn.).
- Krahmer, Utz/Planholz, Markus/Kuhn-Zuber, Gabriele (Hrsg.) (2023): SGB XI, Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 6. Auflage, Baden-Baden 2023 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Krahmer/Planholz/Kuhn-Zuber, LPK-SGB XI, 2023, §, Rn.).
- Kreutz, Marcus (2011): Zur rechtswidrigen Vernachlässigung der Gebärdensprache im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen, ZFSH/SGB 2011, S. 629-634.
- Krohn-Aicher, Lilian (2023): Auch im Krankenhaus kann ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege bestehen, RdLH 2.2023, S. 55-57.
- Krohn-Aicher, Lilian/Masuch, Peter (2024): Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit Behinderung – ein Beispiel zur immanenten Systematik der Sozialrechtsentwicklung, in: Meßling, Miriam/Voelzke, Thomas (Hrsg.), Die Zukunft des Rechts- und Sozialstaats: FS für Rainer Schlegel, S. 747-762 (zitiert: Krohn-Aicher/Masuch, in: FS Schlegel, 2024).
- Kroworsch, Susann (2015): Einfluss internationaler Menschenrechtsübereinkommen auf die deutsche Sozialrechtspraxis, NDV 2015, S. 337-343.

- Laufs, Adolf (Begr.)/Katzenmeier, Christian/Lipp, Volker (Fortf.) (2021): Arztrecht, 8. Auflage, München 2021 (zitiert: Bearbeiter*in, in: Laufs, Arztrecht, 2021, Kapitel, Rn.).
- Laufs, Adolf/Uhlenbruck, Wilhelm (Begr.)/Kern, Bernd-Rüdiger/Rehborn, Martin (Hrsg.) (2019): Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage, München (zitiert: Bearbeiter*in, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 2019, §, Rn.).
- Ludyga, Hannes (2012): Pflicht zur Pflege, FÜR 2012, S. 54-58.
- Lungstras, Anne Barbara/Bockholdt (2021): Frank, Einführung in das Krankenhausvergütungsrecht, NZS 2021, S. 1-11.
- Lux, Vera (2019): Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) - Fluch oder Segen? Eine Übersicht, RDG 2019, S. 234-239.
- Masuch, Peter (2020): Die „Ausstrahlungswirkung“ des Verfassungsrechts auf das bürgerliche Recht, RdLH 2020, S. 97-99.
- Medicus, Dieter (Begr.)/Petersen, Jens (Fortf.) (2024): Grundwissen zum Bürgerlichen Recht, Ein Basisbuch zu den Anspruchsgrundlagen, 13. Auflage, München 2024 (zitiert: Medicus/Petersen, Grundwissen zum Bürgerlichen Recht, 2024, §, Rn.).
- Nakielski, Hans (2019): Personalnotstand in der Pflege, SozSich 2019, S. 53-58.
- Nebe, Katja (2021): Familiäre Beistandspflichten – Einfallstor für Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen und deren Familien statt Angehörigenentlastung, RP Reha 4.2021, S. 37-46.
- Nicklas-Faust, Jeanne (2011): Schwere und mehrfache Behinderung – Medizinische Aspekte, in: Fröhlich, Andreas/Heinen, Norbert/Klauß, Theo/Lamers, Wolfgang (Hrsg.), Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär, S. 61-86 (zitiert: Nicklas-Faust, in Fröhlich/Heinen/Klauß/Lamers, Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär, 2011, S.).
- Palleit, Leander (2012): Systematische „Enthinderung“: UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet zum Barriereabbau, Position Nr. 7 der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, 9.2012, verfügbar unter: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/systematische-enthinderung-un-behindertenrechtskonvention-verpflichtet-zum-barriereabbau> (letzter Abruf am 24.10.2025).
- Quaas, Michael/Zuck, Rüdiger/Clemens, Thomas/Gokel, Julia Maria (Hrsg.) (2018): Medizinrecht, 4. Auflage, München (zitiert: Bearbeiter*in, in: Quaas/Clemens/Zuck/Gokel, Medizinrecht, 2018, §, Rn.).
- Rau, Ferdinand (2018): Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - Was ändert sich? Das Krankenhaus 2018, S. 1113-1120.
- Rolfs, Christian/Giesen, Richard/Meßling, Miriam/Udsching, Peter (Hrsg.) (2025): Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, 78. Edition, München, Stand: 01.09.2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: BeckOK Sozialrecht, §, Rn.).
- Säcker, Franz Jürgen/Rixecker, Roland/Oetker, Hartmut/Limperg, Bettina/Schuber, Claudia (Hrsg.) (2023): Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 5, 9. Auflage, München 2023 (zitiert: Bearbeiter*in, in: MüKo BGB, Band 5, 2023 §, Rn.).
- Säcker, Franz Jürgen/Rixecker, Roland/Oetker, Hartmut/Limperg, Bettina/Schuber, Claudia (Hrsg.) (2024): Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 7, 9. Auflage, München 2024 (zitiert: Bearbeiter*in, in: MüKo BGB, Band 7, 2024 §, Rn.).

- Säcker, Franz Jürgen/Rixecker, Roland/Oetker, Hartmut/Limperg, Bettina/Schuber, Claudia (Hrsg.) (2024): Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 10, 9. Auflage, München 2024 (zitiert: Bearbeiter*in, in: MüKo BGB, Band 10, 2024 §, Rn.).
- Säcker, Franz Jürgen/Rixecker, Roland/Oetker, Hartmut/Limperg, Bettina/Schuber, Claudia (Hrsg.) (2025): Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 2, 10. Auflage, München 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: MüKo BGB, Band 2, 2025 §, Rn.).
- Säcker, Franz Jürgen/Rixecker, Roland/Oetker, Hartmut/Limperg, Bettina/Schuber, Claudia (Hrsg.) (2025): Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 3, 10. Auflage, München 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: MüKo BGB, Band 2, 2025 §, Rn.)
- Säcker, Franz Jürgen/Rixecker, Roland/Oetker, Hartmut/Limperg, Bettina/Schuber, Claudia (Hrsg.) (2025): Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 9, 10. Auflage, München 2025 (zitiert: Bearbeiter*in, in: MüKo BGB, 2025 §, Rn.).
- Schaffert, Reinhard (2019): So lange die Pflegebudgets nicht vereinbart sind, bleibt die Krankenhauspflege unterfinanziert, KU Gesundheitsmanagement 2019, S. 56-59.
- Schaumberg, Torsten (2019): Leistungskoordination im SGB IX – Zuständigkeitsklärung, Genehmigungsfiktion und Teilhabeplanung (Teil I), SGB 3.2019, S. 142-149.
- Schaumberg, Torsten (2019): Leistungskoordination im SGB IX – Zuständigkeitsklärung, Genehmigungsfiktion und Teilhabeplanung (Teil II), SGB 4.2019, S. 206-213.
- Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas (Hrsg.) (2025): juris PraxisKommentar SGB V, 5. Auflage, Saarbrücken (zitiert: Bearbeiter*in, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2025, §, Rn.).
- Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas (Hrsg.) (2023): juris PraxisKommentar SGB IX, 4. Auflage, Saarbrücken (zitiert: Bearbeiter*in, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 2023, §, Rn.).
- Schmidt-Graumann, Anke (2023): Zum Sachleistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthalts, PflR 2023, S. 352-353.
- Schwab, Dieter (1997): Familiäre Solidarität, FamRZ 1997, S. 521-528.
- Spickhoff, Andreas (Hrsg.) (2022): Medizinrecht, 4. Auflage, München (zitiert: Bearbeiter*in, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2022, §, Rn.).
- von Staudinger, Julius (Begr.) (2021): Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen, Berlin 2021 (zitiert: Bearbeiter*in, in: von Staudinger, BGB, 2021, §, Rn.).
- Tolmein, Oliver (2007): Grundpflege im Krankenhaus – die gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen und Vorschläge für ihre Veränderung, in: ForseA e.V. (Hrsg.), Ich muss ins Krankenhaus... und nun? Dokumentation der Kampagne 2006/2007, S. 34-47, www.forsea.de/ForseA_Dateien/projekte/Krankenhaus/Dokumentation_Ich_muss_ins_Krankenhaus.pdf (letzter Abruf am 24.10.2025).
- Vogel, Dita & Funck, Barbara J. (2018). Immer nur die zweitbeste Lösung? Protokolle als Dokumentationsmethode für qualitative Interviews. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 19(1), Art. 7, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.1.2716> - zuletzt geprüft am 10.10.2025.
- Welti, Felix (2000): Das Verbot des Versorgungsvertrags mit Angehörigen in § 77 SGB XI, PKR, S. 39-43.
- Welti, Felix (2010): Das Spannungsfeld von Pflege und Behinderung, Sozialer Fortschritt 2.2010, S. 39-46.

- Welti, Felix (2012): Artikel 9 – Zugänglichkeit, in: Welke, Antje (Hrsg.), UN-
Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, Berlin 2012, S. 81-92 (zitiert:
Welti, in: Welke, UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, 2012, S.).
- Welti, Felix (2015): Barrierefreiheit und das Sozialrecht, in: Kothe, Wolfhard/Absenger, Nadine
(Hrsg.), Menschenrechte und Solidarität im internationalen Diskurs, Festschrift für Armin
Höland, Baden-Baden 2015, S. 245-258 (zitiert: Welti, in: Kothe/Absenger, FS Höland, 2015,
S.).
- Welti, Felix (2016): Zugänglichkeit und Barrierefreiheit der gesundheitlichen Infrastruktur – rechtliche
Anforderungen – Teil 1. DF-Beitrag D7-2016, unter www.reha-recht.de.
- Welti, Felix (2024): Sozialrecht und die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen, SGB 2024,
S. 389-394.
- Welti, Felix/Frankenstein, Arne/Hlava, Daniel (2019): Angemessene Vorkehrungen und Sozialrecht,
SGB 2019, S. 317-325.
- Zumbansen, Annika (2015): Kostenübernahme für Pflege in der Zeit eines Krankenhausaufenthaltes,
RdLH 2015, S. 28-29.

8.2 Gesprächsleitfäden

Tabelle 8.1 Gesprächsleitfäden für die Menschen mit Behinderungen und die Begleitpersonen

Menschen mit Behinderungen	Begleitpersonen
Leitfrage 1	
Was hat die Begleitperson gemacht, und wie hat sie unterstützt?	
Was haben die Begleitpersonen gemacht – bitte kurz beschreiben.	
Wobei hat die Begleitperson unterstützt?	
Leitfrage 2²⁸⁵	Leitfrage 2
Wie ist die Unterstützung durch die Begleitperson gewesen?	Wie haben Sie den Krankenhausaufenthalt als Begleitperson erlebt?
Einleitend konnte diese Frage skalierbar beantwortet werden	Einleitend konnte diese Frage skalierbar beantwortet werden
Was ist in der Begleitung gut gelaufen?	Was haben Sie als Begleitung zur Krankenhausbehandlung beigetragen?
Was war in der Begleitung nicht so gut?	Wieviel Zeit haben Sie dafür gebraucht?
Stellen Sie sich einmal vor, es hätte die Unterstützung nicht gegeben – was meinen Sie: wie wäre die Krankenhausbehandlung dann gewesen?	Welche Auswirkung hatte ihre Begleitung auf den Erfolg der Krankenhausbehandlung?
	Welche Unterschiede gibt es in dieser Hinsicht zwischen Angehörigen und Mitarbeitern von Leistungserbringern?
Leitfrage 3 für beide Perspektiven:	
Was hat im Prozess der Beteiligung gut funktioniert, welche Schwierigkeiten sind, aufgetreten und wo wird weiterer Regelungsbedarf gesehen?	
Was hat gut funktioniert?	Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Unterstützung im Krankenhaus erfahren?
Was hat nicht so gut funktioniert?	Wurden Sie beraten, welche Formen der Begleitung im Krankenhaus möglich sind?
Wer hat ihnen gesagt, dass Sie im Krankenhaus unterstützt werden können?	Wurden Sie in die Entscheidung, welche Form der Begleitung stattfindet, einbezogen?
Hat die Krankenkasse geholfen, damit es die Unterstützung geben konnte?	Gab es Schwierigkeiten mit der Krankenkasse oder dem Träger der Eingliederungshilfe bei der Bewilligung der Begleitung?
Hat die Eingliederungshilfe geholfen, damit es die Unterstützung geben konnte?	
Wurden Sie gefragt, wer sie begleiten soll?	

²⁸⁵ Diese Leitfrage wurde um eine Skalierung ergänzt.

Menschen mit Behinderungen	Begleitpersonen
Leitfrage 4	Leitfrage 4
Leitfrage: Wie haben die Sie, ihre Begleitung und die Menschen aus dem Krankenhaus zusammen-gearbeitet?	Gab es Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit einzelnen am Prozess beteiligten Berufsgruppen?
	<ul style="list-style-type: none"> → den Ärztinnen und Ärzten → den Pflegekräften → den therapeutischen Berufsgruppen
Wie haben die Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Begleitung zusammen-gearbeitet? War das aus ihrer Sicht gut oder nicht so gut?	Was war für Sie in Ihrer Rolle (Angehörige; Mitarbeitende eines Leistungserbringers) besonders hilfreich?
Wie haben die Pflegekräfte mit ihrer Begleitung zusammen-gearbeitet? War das aus ihrer Sicht gut oder nicht so gut?	Was war für Sie in Ihrer Rolle (Angehörige; Mitarbeitende eines Leistungserbringers) besonders hinderlich?
Wie haben die Therapeuten und Therapeutinnen mit ihrer Begleitung zusammen-gearbeitet? War das aus ihrer Sicht gut oder nicht so gut?	
Leitfrage 5 für beide Perspektiven	
Wie würden Sie den Prozess insgesamt beurteilen, wo sehen Sie Verbesserungsbedarf? ²⁸⁶ Einleitend konnte diese Frage skalierbar beantwortet werden.	
Für die Menschen mit Behinderungen in der Formulierung: Wenn Sie nochmal in einem Krankenhaus behandelt werden müssen: Was sollte anders sein?	

²⁸⁶ Diese Leitfrage wurde um eine Skalierung in der Formulierung: „Wie würden Sie den Prozess insgesamt beurteilen?“ ergänzt.

8.3 Übersicht Interviewprotokolle

Tabelle 8.2 Codierungsregel - Interviewprotokolle

Codierung	Beeinträchtigungen der begleiteten Person beim ...	weitere Beeinträchtigungen beim ...
B_FS1	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS2	... beim Sehen	... beim Sprechen
LE_FS3	...durch seelische oder psychische Probleme	
MmB_FS3	...durch seelische oder psychische Probleme	
B_FS4	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Bewegen
B_FS5	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen, ... beim Bewegen
B_FS6	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS7	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS8	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Bewegen
LE_FS9	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
MmB_FS9	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS10	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
MmB_FS10	Keine Angabe	
B_FS11	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Bewegen
B_FS12	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS13	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Bewegen
B_FS14	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS15	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Bewegen
B_FS16	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
MmB_FS17	...durch eine andere dauerhafte Beeinträchtigung	

MmB_FS18	...beim Sehen	
B_FS19	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
MmB_FS19	...durch eine andere dauerhafte Beeinträchtigung	
B_FS20	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
B_FS21	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
MmB_FS21	Keine Angabe	
LE_FS21	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sehen, ... beim Bewegen
B_FS22	... durch eine andere dauerhafte Beeinträchtigung	... beim Sprechen
B_FS23	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen, ... beim Bewegen
B_FS24	... beim Sprechen	
LE_FS25	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
MmB_FS26	... beim Bewegen	
MmB_FS27	... beim Sehen	
MmB_FS28	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
B_FS29	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
LE_FS30	...durch seelische oder psychische Probleme	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag, ... beim Bewegen
MmB_FS31	... beim Bewegen	
B_FS32	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
MmB_FS32	Keine Angabe	
MmB_FS33	... beim Bewegen	
MmB_FS35	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Bewegen
MmB_FS36	...durch seelische oder psychische Probleme	... beim Bewegen
MmB_FS38	...beim Bewegen	
B_FS39	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
LE_FS39	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
MmB_FS40	... beim Bewegen	
B_FS41	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS42	... beim Sprechen	... beim Bewegen
B_FS44	... durch eine andere dauerhafte Beeinträchtigung	... beim Sprechen
MmB_FS45	... beim Bewegen	
MmB_FS46	... beim Bewegen	
MmB_FS47	Keine Angabe	

B_FS48	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
MmB_FS48	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
MmB_FS49	... beim Bewegen	
MmB_FS50	...durch seelische oder psychische Probleme	
B_FS51	... beim Sprechen	
MmB_FS52	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Bewegen
B_FS53	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
MmB_FS53	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
MmB_FS54	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
MmB_FS55	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
LE_FS56	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
LE_FS57	... beim Sprechen	... durch eine andere dauerhafte Beeinträchtigung
LE_FS58	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS59	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
MmB_FS60	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	
LE_FS61	...durch seelische oder psychische Probleme	
B_FS62	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
B_FS63	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen
MmB_FS64	...durch seelische oder psychische Probleme	... beim Bewegen
B_FS65	...beim Lernen, Denken, Verstehen, Orientieren im Alltag	... beim Sprechen

Tabelle 8.3 Codierung Fokusgruppen

Codierung	Perspektive	Anzahl: Teilnehmer*innen
FISV_01	Begleitperson	2
FISV_02	Begleitperson	2
FISV_03	Begleitperson	2
FLE_01	Leistungserbringer EGH	1
FLE_02	Leistungserbringer EGH	4
FKH_01	Krankenhaus	13
FKH_02	Krankenhaus	2

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Außerdem ist diese kostenlose Publikation - gleichgültig wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist - nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.