

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche,
Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/13792 –**

Außerklinische Intensivpflege

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem sogenannten Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) will das Bundesministerium für Gesundheit den Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege neu fassen. Versicherte mit außerklinischen, intensivpflegerischen Versorgungsbedarfen sollen zukünftig die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auf einer neu geschaffenen Grundlage erhalten. Die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sollen regelhaft in Pflegeeinrichtungen (§ 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) oder in speziellen Intensivpflegewohnheiten erbracht werden (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/R/Referentenentwurf_RISG.pdf).

Das Bundesgesundheitsministerium begründet den Gesetzentwurf mit kriminellen Machenschaften in der außerklinischen Intensivpflege (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 16). Sie argumentiert in der Begründung des Referentenentwurfs zusätzlich, dass die Inanspruchnahme außerklinischer Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit unwirtschaftlich sei. Menschen, die auf Intensivpflege angewiesen sind, sollen zukünftig nachweisen, dass für sie die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer Wohneinheit nicht zumutbar ist. Viele dieser Menschen benötigen Beatmungspflege, sind allerdings berufstätig und engagierte Mitglieder unserer Gesellschaft. Dabei ist nach Ansicht der Fragesteller ungeklärt, welche Institution über die Zumutbarkeit der Unterbringung entscheiden soll.

Es gilt deshalb nach Ansicht der Fragesteller zu klären, welchen Stellenwert die Bundesregierung den Selbstbestimmungsrechten anspruchsberechtigter Personen beimisst. Völlig offen erscheint nach Ansicht der Fragesteller zudem, inwieweit die bestehenden Kapazitäten in den stationären Pflegeeinrichtungen ausreichen und Qualifikationen vorliegen, um eine Versorgung der anspruchsberechtigten Personengruppe zu gewährleisten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird innerhalb der Bundesregierung noch abgestimmt.

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in der jüngeren Vergangenheit stark zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland wird eine zunehmende Anzahl von Versicherten aus der Krankenhausbehandlung entlassen, die weiterhin einen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf haben. Für das Jahr 2018 verzeichnen die GKV-Statistiken ca. 19.100 Leistungsfälle in der ambulanten und ca. 3.400 Leistungsfälle in der stationären Intensivpflege und Leistungsausgaben in Höhe von rd. 1,9 Mrd. Euro.

Gleichzeitig liegen deutliche Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege vor. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten. Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e. V.) geht in einem Positionspapier zusammen mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften davon aus, dass die Verordnung einer 24-stündigen ambulanten Intensivpflege wegen eines Tracheostomas mit oder ohne Beatmung in vielen Fällen nicht notwendig ist, da keine Indikation für ein Tracheostoma bzw. eine invasive außerklinische Beatmung besteht (Pneumologie 2017; 71: 204-206). Nach Ansicht von Expertinnen und Experten wird das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Entfernung des Tracheostomas (Dekanülierung) bei Patientinnen und Patienten, die außerklinisch intensivmedizinisch versorgt werden, derzeit nicht ausreichend ausgeschöpft.

Erhebliche Unterschiede in der Vergütung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im ambulanten Bereich einerseits und im stationären Bereich andererseits führen überdies zu Fehlanreizen in der Leistungserbringung. Die ambulante Versorgung, insbesondere in der eigenen Häuslichkeit der Pflegebedürftigen, erfordert wesentlich größere personelle und finanzielle Ressourcen als die Versorgung in vollstationären Einrichtungen. In zunehmender Häufigkeit haben Versicherte zudem Schwierigkeiten, einen Pflegedienst zu finden, dem die erforderlichen Kapazitäten für die sehr personalintensive und pflegerisch anspruchsvolle Leistung zur Verfügung stehen. Die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in ambulanten Pflegediensten, die Versicherte mit Intensivpflegebedarf in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in organisierten Wohneinheiten versorgen, zeigen einen signifikanten Verbesserungsbedarf der Versorgungsqualität auf. So hat beispielsweise im Jahr 2018 eine Auswertung der Überprüfung von insgesamt 905 ambulanten Pflegediensten, die mindestens einen Versicherten rund um die Uhr, d. h. mit spezieller Krankenbeobachtung versorgen, u. a. ergeben, dass bei 20 Prozent der Personen, bei denen durch einen ambulanten Pflegedienst die spezielle Krankenbeobachtung durchgeführt wurde, die Versorgung nicht sachgerecht war. Auch aus der Presseberichterstattung liegen verschiedene Hinweise darauf vor, dass gerade in der ambulanten Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit in manchen Fällen nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt wird. (zum Beispiel Ärzteblatt vom 14. Mai 2019: „Razzia wegen Abrechnungsbetrug bei Intensivpflege; abrufbar unter www.aerzteblatt.de/nachrichten/103085/Razzia-wegen-Abrechnungsbetrug-bei-Intensivpflege).

Die bestehenden Qualitäts- und Versorgungsmängel in der außerklinischen Intensivpflege gefährden nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten, sondern schaden auch der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten.

Auch die hohe Zahl von aus dem Krankenhaus als Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten entlassenen Patientinnen und Patienten ist kritisch zu bewerten. Dafür werden insbesondere Fehlanreize und Versorgungslücken im Übergang von stationärer zur ambulanten Behandlung als Gründe genannt. Soweit keine qualifizierte Entwöhnung erfolgt oder diese während der ursprünglichen Indikation für stationäre Behandlung erfolglos bleibt, besteht das Risiko, dass die Patientinnen und Patienten dauerhaft Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten bleiben, was vor allem erhebliche Einbußen der Lebensqualität der Betroffenen bedeutet, daneben aber auch hohe Kosten für die Versicherungsgemeinschaft verursacht.

Der Gesetzentwurf verfolgt im Hinblick auf die genannten Entwicklungen deshalb im Wesentlichen folgende Ziele:

- Es sollen klare Anreize gesetzt werden, Patientinnen und Patienten von der Beatmung zu entwöhnen. Dies dient nicht nur der Gesundheit des Einzelnen. Ohne Beatmungsgerät wird auch die Teilhabe an der Gemeinschaft entscheidend verbessert oder gar erst ermöglicht.
- Betroffene, die gegenwärtig allein wegen hoher Eigenanteile von einer spezialisierten stationären Pflege Abstand nehmen, sollen entscheidend entlastet werden.
- Die Qualität der ambulanten intensivmedizinischen Versorgung soll durch stärkere Regulierung deutlich verbessert und vorhandener Missbrauch bekämpft werden. Gleichzeitig sollen die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände einschließlich der gewünschten Wohnform angemessen berücksichtigt werden, um damit den betroffenen Patientinnen und Patienten auch weiterhin Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Zu dem Gesetzentwurf sind zahlreiche Stellungnahmen eingegangen, die gegenwärtig sorgfältig ausgewertet werden. Erforderliche Änderungen und Klarstellungen, auch im Hinblick auf die von den Fragestellern angesprochenen Fragen der Selbstbestimmung und Teilhabe, werden in den Entwurf eingearbeitet. Nicht zuletzt soll deutlicher gemacht werden, dass die besonders aufwändige Leistungserbringung in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort auch weiterhin möglich ist, wenn dadurch nach der Besonderheit des Einzelfalls, insbesondere nach der Art des Bedarfs, den persönlichen Verhältnissen, dem Sozialraum und den eigenen Kräften und Mitteln des Versicherten Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden und die medizinisch-pflegerische Versorgung an diesem Ort sichergestellt ist. Diese Voraussetzungen werden durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft. Der Anspruch auf intensivpflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit von Versicherten, die trotz Beatmung in der Lage sind, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, wie z. B. Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen oder beatmete Patientinnen und Patienten mit erhaltener Motorik, bleibt mithin erhalten und damit die Möglichkeit, wie andere Menschen am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben. Dies ist beispielsweise von herausragender Bedeutung für Patientinnen und Patienten, die trotz Bedarfs an intensivpflegerischer Versorgung zur Schule gehen oder einer Erwerbstätigkeit nachgehen, und für die die Sicherstellung der Pflege rund um die Uhr Voraussetzung für die Erfüllung der Teilhabebedarfe ist. Die Versorgung in der vertrauten eigenen Häuslichkeit und in der Nähe von langfristig vertrauten Menschen kann so auch einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen leisten.

1. Wie viele Personen haben – nach Kenntnis der Bundesregierung – aktuell Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37 SGB V (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
2. Wie viele Personen erhalten außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
 - a) Wie viele der Personen, die außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen, sind volljährig (bitte nach Geschlecht aufschlüsseln)?
 - b) Wie viele davon sind berufstätig?
3. Wie viele Personen erhalten außerklinische Intensivpflege in Pflegewohngruppen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Wie viele der Personen, die außerklinische Intensivpflege in Pflegewohngruppen in Anspruch nehmen, sind volljährig (bitte nach Geschlecht aufschlüsseln)?
4. Wie viele Personen erhalten außerklinische Intensivpflege in Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Wie viele der Personen, die außerklinische Intensivpflege in einer Pflegeeinrichtung nach § 43 SGB XI in Anspruch nehmen, sind volljährig (bitte nach Geschlecht aufschlüsseln)?
5. Von wie vielen Personen geht die Bundesregierung in ihrer Gesetzesfolgenabschätzung zum RISG jeweils aus, falls sie die Fragen 1 bis 4 nicht anhand statistischer Daten beantworten kann, und worauf stützt sie diese Annahmen?

Die Fragen 1 bis 5 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die amtliche Statistik der GKV weist für das Jahr 2018 19.115 Fälle ambulanter Intensivpflege aus. Davon entfielen 11.277 Fälle auf männliche Patientinnen und Patienten und 7.838 auf weibliche Patientinnen und Patienten. Im gleichen Zeitraum weist die amtliche Statistik der GKV 3.417 Fälle stationärer Intensivpflege aus. Weitere Aufschlüsselungen der Statistik liegen der Bundesregierung nicht vor.

Die Bundesregierung hat die genannten statistischen Daten bei der Gesetzesfolgenabschätzung berücksichtigt.

6. Welche sind die zehn Indikationen, die am häufigsten zu einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege führen?
7. Wie hat sich die Zahl der Personen, die Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben, in den Jahren 2005 bis 2019 entwickelt (bitte nach Bundesländern und Jahren aufschlüsseln)?

Worin sieht die Bundesregierung die Entwicklung begründet?
8. Wie viele Personen warten – nach Kenntnis der Bundesregierung – aktuell in einer stationären Einrichtung auf freie Kapazitäten eines ambulanten Intensivpflegedienstes, um außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit erhalten zu können?

9. Wie viele Unternehmen und Organisationen bieten – nach Kenntnis der Bundesregierung – aktuell außerklinische Intensivpflege in Deutschland an?

Wie lauten die zehn nach Marktanteil größten Unternehmen oder Organisationen, die außerklinische Intensivpflege anbieten (bitte nach Marktanteilen aufschlüsseln)?

10. Wie viele der Unternehmen und Organisationen sind – nach Kenntnis der Bundesregierung – bislang am Tatbestand eines Abrechnungsbetruges beteiligt gewesen (bitte namentlich auflisten)?
11. Wie viele Personen beschäftigen – nach Kenntnis der Bundesregierung – die Unternehmen und Organisationen der außerklinischen Intensivpflege aktuell?
- a) Wie viele davon auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung?
 - b) Wie viele davon in Teilzeit?
 - c) Wie viele davon in Vollzeit?
12. Wie viele Personen, die in der außerklinischen Intensivpflege tätig sind, haben – nach Kenntnis der Bundesregierung – eine dreijährige Pflegeausbildung abgeschlossen?
- a) Wie viele davon in der Gesundheits- und Krankenpflege?
 - b) Wie viele davon in der Altenpflege?
 - c) Wie viele davon in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege?
13. Wie viele der tätigen Personen haben – nach Kenntnis der Bundesregierung – eine fachspezifische Weiterbildung?
- a) Wie viele davon mit einem Stundenumfang von 120 Stunden?
 - b) Wie viele davon mit einem Stundenumfang von 200 Stunden?
 - c) Wie viele davon mit einer Fachweiterbildung „Anästhesie- und Intensivpflege“?

Die Fragen 6 bis 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Statistik zur Zahl der Personen, die Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben, wird erst seit 2017 erhoben. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Weitere Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hierzu nicht vor.

14. Gibt es – nach Einschätzung der Bundesregierung – eine ausreichende Zahl angemessen qualifizierter Menschen in Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI), um dort eine qualitative, außerklinische Intensivpflege zu gewährleisten?

Im Bereich der Pflegeversicherung werden nach der bestehenden Rechtslage sowohl das Verfahren als auch die Maßstäbe und Grundsätze des von den Pflegeeinrichtungen vorzuhaltenden Personals einschließlich deren Qualifikation von der Pflege-Selbstverwaltung bestimmt. Die Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen haben mit den Landesverbänden der Pflegekassen in den Landesrahmenverträgen über die pflegerische Versorgung nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer des 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) unter anderem die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren. Durch § 84 Absatz 5 Nummer 2 SGB

XI haben die Vertragsparteien den Auftrag, mit der Pflegesatzvereinbarung prospektiv den individuellen Personalbedarf des Pflegeheims vertraglich konkret zu vereinbaren, der zur Umsetzung des einrichtungsspezifischen Versorgungskonzeptes dient.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen gemäß § 114 SGB XI wird neben der Beurteilung der personenbezogenen Versorgung u. a. auch überprüft, ob sich Hinweise für Mängel in der Personalausstattung der Pflegeeinrichtung ergeben, z. B. hinsichtlich der Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen, und ob die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und die Aufgabenwahrnehmung den Anforderungen entspricht. Erkenntnisse zu einer Unterversorgung sind der Bundesregierung nicht bekannt. Der 5. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gibt an, dass bei 94,2 Prozent der insgesamt rund 13.500 im Jahr 2016 geprüften stationären Einrichtungen die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner adäquat war.

Zur Stärkung der vollstationären Pflege insbesondere im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ist im Übrigen mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, das Pflegestellen-Förderprogramm im Bereich der Langzeitpflege mit über 640 Mio. Euro aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung aufgelegt worden.

15. Wie viele Menschen mit einer Fachweiterbildung zum Atemtherapeuten bzw. zur Atemtherapeutin gibt es – nach Kenntnis der Bundesregierung – in Deutschland (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
16. In welchem Sektor sind Atemtherapeuten bzw. Atemtherapeutinnen tätig (bitte nach ambulant, stationär, Fort- und Weiterbildung aufschlüsseln)?
17. Wie hoch ist – nach Kenntnis der Bundesregierung – der Personalbedarf im Sinne von unbesetzten Stellen für Atemtherapeuten bzw. Atemtherapeutinnen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
18. Wie hoch ist – nach Kenntnis der Bundesregierung – die Arbeitslosenquote unter Personen mit der Weiterbildung zum Atemtherapeuten bzw. zur Atemtherapeutin (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Fragen 15 bis 18 werden im Zusammenhang beantwortet.

Bei dem Beruf der Atemtherapeutin und des Atemtherapeuten handelt es sich nicht um einen bundesrechtlich reglementierten Gesundheitsfachberuf, sondern um eine Fachweiterbildung für Angehörige von Gesundheitsfachberufen. Für die Regelung von Fort- und Weiterbildungen in den Gesundheitsfachberufen sind die Länder zuständig. Im Übrigen liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

19. Wie viele Personen stehen – nach Kenntnis der Bundesregierung – im Durchschnitt auf einer Warteliste für einen Pflegeplatz in stationären Pflegeeinrichtungen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
20. Wie lang ist – nach Kenntnis der Bundesregierung – im Durchschnitt die Wartezeit auf einen Pflegeplatz in einer stationären Pflegeeinrichtung (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

21. Wie viele Pflegeplätze bräuchte es – nach Einschätzung der Bundesregierung – zusätzlich in den stationären Pflegeeinrichtungen, um die anspruchsberechtigte Personengruppe für außerklinische Intensivpflege versorgen zu können?
22. Gibt es – nach Kenntnis der Bundesregierung – eine ausreichende Zahl freier Pflegeplätze in Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI), um dort außerklinische Intensivpflege bedarfsdeckend zu gewährleisten?

Die Fragen 19 bis 22 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Hierzu liegen der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor.

23. Welche Institutionen sieht die Bundesregierung in der Verantwortung, den Ausbau von Pflegeplätzen in stationären Pflegeeinrichtungen zu planen, zu initiieren und zu steuern?
24. Inwiefern sieht die Bundesregierung die Investitionskostenförderung (§ 9 SGB XI) sichergestellt, um eine bedarfsdeckende Zahl von Pflegeplätzen in Pflegewohngruppen und in Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI) zu schaffen?

Die Fragen 23 und 24 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Insofern wirken Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei (§ 8 SGB XI).

Im Bereich der Pflegeversicherung haben die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen (§ 69 SGB XI). Sie schließen hierzu insbesondere Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Krankenkassen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten und (§ 70 SGB V) hierzu Versorgungsverträge mit geeigneten Leistungserbringern zu schließen.

Die Länder sind in diesem Zusammenhang verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen pflegerischen Pflegeinfrastruktur. Zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung richten die Länder Landespflegeausschüsse ein (§ 8a SGB XI).

Das Nähere zur Planung und zur Förderung von Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt (§ 9 SGB XI). Dementsprechend unterschiedlich wird verfahren. Dabei sollen die Länder gemäß § 9 SGB XI die Einsparungen, die sich durch die Einführung der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe ergeben haben, zur finanziellen Förderung der betriebsnotwendigen Investitionskosten ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen einsetzen. Zu Erkenntnissen bezüglich der Investitionskostenförderung in den einzelnen Ländern siehe auch die Antwort auf die Schriftliche Frage 95 auf Bundestagsdrucksache 19/12437.

25. Mit welchen Maßnahmen wird die Bundesregierung den Ausbau von Pflegeplätzen in stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen, wenn es durch das Gesetzesvorhaben zu einem erhöhten Bedarf kommt?

Derartige Maßnahmen sind nicht vorgesehen. Im Übrigen wird auf die Vorbe-merkung der Bundesregierung verwiesen.

26. Wie bewertet die Bundesregierung den technischen Fortschritt in der Me-dizintechnik, der eine Beatmungspflege in der eigenen Häuslichkeit erst möglich gemacht hat?

Die Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten in der häuslichen Umge-bung ist – ausgehend vom Stand der medizintechnischen Entwicklung – seit mehreren Jahrzehnten möglich. Entsprechend stehen im außerklinischen Be-reich Beatmungsgeräte und Zubehör für die lebenserhaltende Beatmung der be-troffenen Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Die Anforderungen an die Geräte sind u. a. in den zugrundeliegenden Normen (z. B. ISO 80601-2-80:2018) geregelt. Für die nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz existiert eine S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Davon ausgehend obliegt die Bewertung neuer medizinischer Behandlungsmetho-den und von Fortschritten in der Medizintechnik den medizinischen Fachge-sellschaften bzw. im System der gesetzlichen Krankenversicherung der gemein-samen Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Ärzteschaft.

27. Welche Anreize für erfolgreiche Entwöhnungen außer der im Kranken-hausentgeltgesetz vorgesehenen Ab- bzw. Zuschlagssystematik plant die Bundesregierung, um Menschen von der Beatmung zu entwöhnen, die bereits in der eigenen Häuslichkeit beatmet werden?
28. Welche Veränderungen in der Vergütungsstruktur der häuslichen Kran-kenpflege hält die Bundesregierung für geeignet, um Anreize für erfolg-reiche Entwöhnungen zu setzen?

Die Fragen 27 und 28 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Verhandlung von Versorgungsverträgen, einschließlich der Vergütungen, für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, auch der außerklinischen Inten-sivpflege, ist Aufgabe der Krankenkassen und der Leistungserbringer. Bundes-einheitliche Rahmenempfehlungen tragen dabei mit einheitlichen Qualitätsvor-gaben und Standards zu mehr Transparenz und Verlässlichkeit des Versor-gungsgeschehens bei.

Nach den Regelungen des Gesetzentwurfs bedarf künftig jeder Leistungsfall der außerklinischen Intensivpflege der Verordnung durch eine hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztin bzw. hierfür besonders qualifizierten Vertragsarzt. Bei beatmeten oder tracheotomierten Versicherten sind mit jeder Verordnung das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen festzustellen und zu dokumentieren.

In den o. g. Rahmenempfehlungen sind auch Regelungen zur Sicherstellung der Umsetzung der mit der Verordnung dokumentierten notwendigen Maßnahmen aufzunehmen.

29. Welche vereinbarten dienstlichen Kontakte von Mitarbeitenden und/oder Vertreterinnen und Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums mit externen Dritten haben im Zusammenhang mit den Regelungsbereichen des sogenannten Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes mit welchem Ergebnis bezogen auf den Inhalt des Gesetzentwurfs stattgefunden (bitte tabellarisch mit Datum, Ort, teilnehmenden Personen und Thema bzw. genauem Regelungsvorschlag des Gesetzentwurfs und unter Beantwortung der nachfolgenden Fragen aufführen)?

Im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Vertreterinnen und Vertreter des BMG von einer Vielzahl von Interessenvertretern kontaktiert. Unter diesen ständigen Austausch fallen Gespräche im Rahmen von Besuchen, Reisen oder Arbeitsessen aber auch Telefonate und Gesprächsanfragen, die zu keinem gemeinsamen Gespräch geführt haben. Eine Verpflichtung zur Erfassung entsprechender Daten, auch für Kontaktversuche, besteht nicht und ließe sich angesichts der hohen Zahl an Gesprächen und Gesprächsanfragen auch nicht nachträglich zusammenstellen.

Die nachfolgenden Angaben zu stattgefundenen Treffen des Ministers und der Staatssekretäre des BMG erfolgen auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse und Unterlagen. Diesbezügliche Daten sind somit möglicherweise nicht vollständig:

Gesprächsteilnehmer BMG	Gesprächsteilnehmer extern	Datum/Ort	Gesprächsthema
BM Jens Spahn	Frau Dr. Sigrid Arnade, Deutscher Behindertenrat	26.09.2019 Berlin	Gesetzentwurf zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
BM Jens Spahn	Herr Raul Krauthausen, Sozialhelden e. V., Herr Prof. Dr. med. Gerhard Laier-Groeneveld, Frau Dr. Sigrid Arnade, Herr Arne Frankenstein, Frau Verena Wiedmann	29.08.2019 Berlin	Intensivpflege
BM Jens Spahn	Herr Thomas Bublitz, Frau Dr. Katharina Nebel, Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.	04.07.2019 Berlin	Reformbedarf bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
PStin Sabine Weiss	Dr. Wilhelm Rehorn Dr. Manuel Streiter	09.04.2019 Berlin	Außerklinische Versorgung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten
PStin Sabine Weiss	Dr. Manuel Streiter	11.07.2019 Krefeld	Besuch des Modellprojektes „Lebensluft“ am Helios Klinikum Krefeld
PSt Dr. Gebhart	Karl-Heinz Zacher, Vorsitzender des Stiftungsrates der Face ALS Stiftung	30.09.2019, München	Gesetzentwurf zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

30. Nach welchen Kriterien werden Umfang und Auswahl der Beteiligung von Zentral- und Gesamtverbänden sowie von Fachkreisen, die auf Bundesebene bestehen, von Unternehmen, Organisationen, Institutionen oder sonstigen externen Dritten für die sogenannte Verbändeanhörung (§ 47 Absatz 3 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien – GGO) durch das Bundesgesundheitsministerium bestimmt?

Nach § 47 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) bleiben Zeitpunkt, Umfang und Auswahl der anzuhörenden Verbände, Fachgesellschaften und Organisationen dem Ermessen des federführenden Bundesministeriums überlassen. Für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege wurden insbesondere diejenigen Fachgesellschaften, Bundesverbände und -organisationen beteiligt, die sich in der Vergangenheit zu damit verbundenen Themen an das BMG gewandt hatten bzw. von denen bekannt ist, dass sie regelmäßig mit der Versorgung intensivpflegebedürftiger/beatmungspflichtiger Patientinnen und Patienten betraut sind.

31. Welche Stellungnahmen oder sonstigen Schreiben mit Bezug zum Inhalt des sogenannten Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes sind bei der Bundesregierung bis zum Tag der Einreichung dieser Anfrage eingegangen (bitte alle Stellungnahmen etc. mit Angabe der bzw. des Einreichenden, des Eingangsdatums und des Empfängers auflisten)?

Die im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Gesetzentwurf eingegangenen Stellungnahmen von Verbänden, Organisationen und Fachgesellschaften sind auf den Internetseiten des BMG unter folgendem Link abrufbar: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/risg.html#c16148.

Daneben haben das BMG eine Vielzahl von Einzeleinsendungen, z. B. von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern und Leistungserbringern erreicht.

32. Was entgegnet die Bundesregierung der Kritik, dass die Verbände eine vergleichsweise kurze Beratungszeit hatten, um ihre Stellungnahme zum RISG fristgerecht (Stichdatum: 6. September 2019) an das Bundesgesundheitsministerium zu leiten?

Entsprechende Kritik wurde in den Anhörungen nicht geäußert. Nach § 47 GGO bleiben Zeitpunkt, Umfang und Auswahl der anzuhörenden Verbände, Fachgesellschaften und Organisationen dem Ermessen des federführenden Bundesministeriums überlassen. Den Verbänden wurde eine Frist von über drei Wochen für die Zuleitung ihrer Stellungnahmen eingeräumt. Die Bundesregierung hält dies – auch im Vergleich zu anderen Gesetzgebungsvorhaben – für sachgerecht.

33. Inwiefern hält es die Bundesregierung für angemessen, offen ausgetragenen Protest am RISG durch Betroffene in den sozialen Medien so darzustellen, als seien die Protestantinnen und Protestanten „Gäste“, die sich „im Austausch“ mit dem Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn befänden?

Anlässlich des Tags der offenen Tür der Bundesregierung am 18. August 2019 kamen einige Intensivpflegebedürftige, deren Angehörige und Freundinnen und Freunde in das BMG, um gegen den Gesetzentwurf zu protestieren und ein Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einzufordern. Der Protest war nicht angemeldet. Die Protestierenden wurden wie die anderen Gäste auch

zum Tag der offenen Tür ins Ministerium eingelassen. Der Bundesminister für Gesundheit hat mehrfach das Gespräch mit den Protestierenden gesucht und überdies einen weiteren Gesprächstermin vereinbart. Da dieses Ereignis eine Besonderheit im Ablauf des Tags der offenen Tür darstellte, wurde auch hierüber, nicht zuletzt aus Gründen der Transparenz, in den sozialen Medien des BMG berichtet.

34. Inwiefern wird die Bundesregierung die von den Betroffenen-Verbänden geäußerten Stellungnahmen zum RISG im weiteren Gesetzgebungsverfahren berücksichtigen?
35. Welche bestehende Instanz sieht die Bundesregierung in der Verantwortung, über die Zumutbarkeit einer stationären Unterbringung zu entscheiden?
36. Unter welchen Bedingungen erscheint der Bundesregierung eine stationäre Unterbringung auf intensivpflegerische Versorgung angewiesener erwachsener Menschen gegen deren Willen zumutbar, und unter welchen nicht (bitte jeweils beispielhafte Konstellationen aufführen)?
37. Von wie vielen Personen, die bisher ambulante Intensivpflege erhalten, geht die Bundesregierung in ihrer Gesetzesfolgenabschätzung zum RISG jeweils aus, bei denen eine stationäre Unterbringung gegen deren Willen zumutbar bzw. nicht zumutbar ist?
38. Welchen Konflikt sieht die Bundesregierung zwischen den Regelungen des vorgelegten Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention?
 - a) Falls ja, worin besteht dieser?
 - b) Falls nein, bitte begründen.
39. Welche Konflikte sieht die Bundesregierung zwischen den Regelungen des vorgelegten Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes und dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2020 geltenden Fassung?
 - a) Falls ja, worin bestehen diese?
 - b) Falls nein, bitte begründen.
40. Wird die Bundesregierung der möglichen Konsequenz des RISG entgegenwirken, dass Betroffene nicht mehr die Möglichkeit hätten, die Leistungen für Intensivpflege und Beatmung in den eigenen Häuslichkeiten zu erhalten und somit letztlich gezwungen wären, entsprechende Einrichtungen aufzusuchen?
 - a) Falls ja, wie?
 - b) Falls nein, warum nicht?
41. Welchen Stellenwert haben – aus Sicht der Bundesregierung – die persönlichen Selbstbestimmungsrechte erkrankter Personen in der Frage des Ortes und der Form der Leistungserbringung?

Die Fragen 34 bis 41 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

