

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)155(25)
gel. VB zur öAnh am 17.6.2020 -
GKV-IPReG
11.6.2020



**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Gesetzentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von
intensivpflegerischer Versorgung und
medizinischer Rehabilitation
in der gesetzlichen Krankenversicherung**
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

Berlin, 11. Juni 2020

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Außerklinische Intensivpflege – § 37c SGB V	6
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – § 40 SGB V	13
Versorgung mit außerklinische Intensivpflege – § 132j SGB V	14
Anlage:	
Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Chancen und Voraussetzungen der Beatmungsentwöhnung“ (Drucksache 19/16234)	17

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 11.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 335.000 Arbeitsplätze und ca. 25.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.600 Pflegediensten, die ca. 255.000 Patienten betreuen, und 5.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 330.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Nach Ansicht des bpa ist die geplante gesetzliche Neuausrichtung für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in Hinblick auf die medizinische Qualitätssicherung und z. B. die Beatmungsentwöhnung **begrüßenswert**. Die Ausgliederung des Leistungsanspruches aus der häuslichen Krankenpflege und die daraus resultierenden Abgrenzungsproblematiken zur häuslichen Krankenpflege sowie die Schaffung diverser Doppelstrukturen, neuer Gremien und Schiedsinstanzen ist allerdings überflüssig. Die Auflösung einer seit Jahren bestehenden und insbesondere bewährten Versorgungsstruktur mit dem Hinweis auf Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten ohne verifizierbare Belege allein auf Grundlage einzelner Medienberichte kommt einer pauschalen Diskriminierung der Leistungserbringer gleich, die vom bpa entschieden abgelehnt wird. Nirgendwo im Gesetzentwurf wird nachvollziehbar dargelegt, dass die bislang erfolgte ambulante pflegerische Versorgung defizitär und ungenügend war. Es finden sich keinerlei Belege im Gesetzentwurf, dass die behandlungspflegerische Versorgung dieser Klientel in den letzten Jahren qualitativ unzureichend gewesen wäre. **Eine Ergänzung der bestehenden Richtlinie und der Versorgungsverträge nach § 132a SGB V würde den gleichen Zweck erfüllen und Doppelstrukturen sowie Abgrenzungsproblematiken verhindern.** Die Etablierung eines neuen Leistungsbereiches mit einer Vielzahl neu zu erarbeitenden Statuten sowie der Implementierung von Gremien, die gesetzlich bereits mit dem Kern dieser Aufgaben betraut sind, wäre obsolet. Denn dort sind bereits die Qualitätsanforderungen und Rahmenbedingungen auf Bundesebene sowie die daraus resultierenden Versorgungsverträge auf Landesebene festgelegt. So würden bewährte Versorgungsstrukturen erhalten und könnten schrittweise verbessert werden.

Die Bemühungen des Gesetzgebers, die anhaltend steigende Zahl von Versicherten mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf zukünftig qualitativ gesichert durch eine strukturierte Überleitung aus dem Krankenhaus unter gezielter Nutzung von Entwöhnungspotenzialen der Patienten zu begleiten, sind nachvollziehbar. Die finanzielle Förderung gezielter medizinischer Diagnostik von Fachärzten sowie die Erstellung von Prognosen und Behandlungsplänen, die auf die vollständige Entwöhnung oder ein Leben des Patienten ohne Tracheostoma setzt, werden vom bpa ausdrücklich begrüßt.

Allerdings bleibt offen, wie für die zukünftige Versorgung diese fachlichen Voraussetzungen umgesetzt werden können. Bereits gegenwärtig herrscht ein erheblicher **Mangel an diesen Fachärzten** vor, weshalb es regelhaft zu Verordnungen durch Hausärzte kommt. Weaningzentren sind gegenwärtig weder ausreichend, was die vorliegenden Auslastungsgrade belegen, noch flächendeckend vorhanden. Das belegt auch die Antwort der Bundesregierung zu einer Kleinen Anfrage der Linken im Bundestag vom 23.12.2019 (s. Anlage, Seite 17), aus der sich ergibt, dass es in Deutschland gegenwärtig lediglich 48 zertifizierte Weaningzentren gibt und darüber hinaus der Bedarf an Weaningzentren gegenwärtig von der Bundesregierung nicht eingeschätzt werden kann. Wie die hier nachvollziehbare geplante gesetzliche qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung beatmeter oder tracheotmierter Intensivpflegepatienten umgesetzt werden soll, ist daher nicht ersichtlich.

Gleichwohl wird deutlich, wo die bisherigen Mängel der Intensivpflege zu verorten sind: bei der unzureichenden ärztlichen Diagnose und der fehlenden fachärztlichen Therapie. Sofern dies auf die fehlende ausreichende Facharztdichte zurückzuführen ist, wird eine gesetzliche Verpflichtung zur Leistungsanspruchnahme weder zu weniger Versicherten mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf noch zu mehr Fachärzten oder Weaningzentren führen.

Vor diesem Hintergrund sollte eine stärkere Einbindung der Pflegeeinrichtungen und deren Pflegefachkräfte in die fachärztliche Therapie nach Beendigung der akutmedizinischen Versorgung gesetzgeberisch etabliert werden. Hierbei bietet die Telemedizin/Telepflege in Form von Televisiten des Facharztes die Möglichkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit und des Weanings unter ärztlicher Aufsicht. Das würde teilweise den Facharztmangel kompensieren und darüber hinaus helfen, weitere Entwöhnungspotentiale in der Langzeitpflege zu erschließen. Die Durchführung des Weanings erfolgt dabei unter ärztlicher Aufsicht durch die Fachpflegekraft – wie im Krankenhaus auch. So ließen sich Versorgungsengpässe beheben, eine Aufwertung des Pflegeberufes erzielen und Ressourcen sparen.

Fehlt es demgegenüber an fachärztlichen Kapazitäten zur Verordnung der Leistung, hätte der Versicherte keinen Leistungsanspruch und ohne ausreichende Kapazitäten für ein fachärztliches Weaning bliebe ein wesentliches gesetzgeberisches Ziel – die Beatmungsentwöhnung – Fiktion

Der bpa befürwortet auch den mit dem Gesetzentwurf verbundenen erleichterten Zugang der Versicherten zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Durch die Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts für geriatrische Rehabilitation und die Einschränkung der Ablehnungsmöglichkeiten für die Krankenkassen wird die Verbindlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung medizinischer Rehabilitation deutlich gestärkt. Ein erleichterter Zugang zu Rehabilitationsleistungen könnte langfristig den Pflegebedarf reduzieren oder sogar verhindern. Um aber dem ganzheitlichen Rehabilitationsansatz Rechnung zu tragen, sollte die Versorgung nicht auf eine geriatrische Indikation der Rehabilitation beschränkt werden.

Der bpa begrüßt es grundsätzlich, dass der Gesetzgeber noch einmal deutlich klargestellt hat, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Einrichtung jeglichen pflegebedingten Aufwand – einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unter Anrechnung des Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI, der notwendigen Investitionskosten und nun auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI – beinhaltet. Deshalb muss auch betont werden, dass es trotz aller bisherigen Bemühungen nicht gelungen ist, die beinahe durchgängige Sozialhilfeabhängigkeit der Betroffenen in Einrichtungen der **Phase F** zu beenden. **Hier wird eine eindeutige gesetzliche Regelung benötigt, welche endlich die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung verbindlich vorschreibt**, das Vorhandensein eines Tracheostomas nicht zum entscheidenden Kriterium der Finanzierung macht und den hohen pflegerischen und therapeutischen Versorgungsaufwand zur Behandlung und Bewältigung von Krankheitsfolgen auch ohne Tracheostomaversorgung anerkennt.

Ein weiterhin wesentlicher Aspekt ist im Hinblick auf die Ausnahmeregelung des § 37c Abs. 2 SGB V des Gesetzentwurfes **die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und der Autonomie des Versicherten**, die in seiner freien Wahl des Leistungserbringers zum Ausdruck kommt. Der bpa begrüßt das Bemühen der Bundesregierung nach deutlicher und vielfacher Kritik die Wahlfreiheit der Versicherten wieder gewährleisten zu wollen. Mit der Prüfung der tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung einer Versorgung am gewünschten Leistungsort durch die Krankenkassen bleibt die uneingeschränkte bestehende Wahlfreiheit nach wie vor tangiert.

Abschließend ist anzumerken, dass mit dem Masernschutzgesetz vom 10.02.2020 § 132j SGB V (Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken) bereits in das SGB V eingeführt wurde. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die nach dem Entwurf betitelten gesetzlichen Regelungen.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Außerklinische Intensivpflege – § 37c SGB V

A) Beabsichtigte Regelung

Der Gesetzgeber will mit § 37 c SGB V einen eigenen Leistungsanspruch für Versicherte mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in der gesetzlichen Krankenversicherung festschreiben.

In Abs. 1 werden die Anforderungen an die Verordnung sowie an den die Verordnung ausstellenden Arzt geregelt. Zudem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nähere Einzelheiten in den Richtlinien nach § 92 SGB V festlegen. Mit Abs. 2 will der Gesetzgeber den Leistungsort neu regulieren. Schließlich wird in Abs. 3 die Kostenverteilung für diese Versorgungsform für die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen noch einmal klargestellt.

B) Stellungnahme

Als durchaus richtig und notwendig werden die gesetzlichen Schritte zur Verbesserung der Anschlussversorgung nach einer akut-stationären Behandlung, insbesondere für Patienten, die auf eine Langzeitbeatmung angewiesen sind, bewertet. Es ist sinnvoll, dass Krankenhäuser künftig durchgehend den Beatmungsstatus von Patienten erfassen. Auf diese Weise können alle Patienten mit einem Potenzial zur Beatmungsentwöhnung von einer qualifizierten Entwöhnungsbehandlung profitieren.

Der Gesetzgeber begründet die Neuausrichtung als notwendigen Schritt zur Qualitätsverbesserung in der intensivpflegerischen Versorgung. Der bpa begrüßt grundsätzlich jede gesetzgeberische Initiative, die das Ziel hat, die medizinisch-pflegerische Versorgung qualitativ weiterzuentwickeln. Allerdings kann nicht erkannt werden, warum es hierzu der Eröffnung eines neuen Leistungsbereiches bedarf. Die bislang erfolgte behandlungspflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege findet qualitativ auf einem sehr hohen Niveau statt. Belege hierfür sind neben den speziell für diesen Bereich festgesetzten Anforderungen und Voraussetzungen in den Versorgungsverträgen die weiterentwickelten Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) nach § 113 ff. SGB XI und § 275 b SGB V sowie den hieraus abzuleitenden Ergebnissen der Qualitätsprüfungen.

§ 37c Abs. 1 SGB V

Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Abtrennung von der häuslichen Krankenpflege beinhaltet eine Reihe von Risiken hinsichtlich der Abgrenzung zu anderen Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.

So fehlt es bereits an einer einheitlichen fachlichen Definition für den Begriff „außerklinische Intensivpflege“:

- Wann spricht man von Intensivpflege?
- Welche Versorgungsbereiche deckt die spezielle Krankenbeobachtung nach Nummer 24 der Richtlinie für die häusliche Krankenpflege (HKP-Richtlinie) danach noch mit ab?

Der G-BA wird nach Abs. 1 gesetzgeberisch lediglich beauftragt, Richtlinien für die außerklinische Intensivpflege zu entwickeln. In welchem Verhältnis die zu beschreibenden Anforderungen zu den Leistungen des Leistungsverzeichnisses nach der HKP-Richtlinie stehen, bleibt offen.

Ungeklärt bleibt darüber hinaus auch das Verhältnis der neuen Richtlinie zu den beabsichtigten Rahmenempfehlungen nach § 132j Abs. 1 SGB V. Nach § 37c Abs. 1 Satz 8 Nr. 2 SGB V bestimmt der G-BA die Anforderungen an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer. Gleichzeitig regelt § 132j Abs. 2 Nr. 3 SGB V, die Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit der verordnenden Vertragsärztinnen oder dem verordnenden Vertragsarzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern in den Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände festzulegen. Gleiches gilt für den Personaleinsatz. Einerseits verlangt § 132j Abs. 2 Nr. 1 SGB V, dass die Rahmenempfehlungspartner die personellen Anforderungen an die pflegerische Versorgung regeln, aber andererseits soll der G-BA gemäß § 37c Abs. 1 Satz 8 Nr. 3 SGB V die Qualifikation der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten nichtärztlichen Leistungserbringer bestimmen. Unabhängig davon, dass eine solche Doppelung von Regelungskompetenzen evident Konflikte zur Regelungshoheit und -reichweite provoziert, ist eine Regelungsbefugnis des G-BA insbesondere bezüglich der Qualifikationsanforderungen zur pflegerischen Versorgung zweifellos nicht gegeben. Das ergibt sich bereits aus der Zusammensetzung des G-BA einerseits und den Partnern der Rahmenempfehlungen nach § 132j Abs. 1 SGB V andererseits.

Regelungen über personelle Anforderungen sind essenzieller Bestandteil der Versorgungsverträge nach § 132a Abs. 4 SGB V. Diese Versorgungsverträge haben einen zulassungsbegründenden Charakter. Leistungserbringer, die die Anforderungen nach dem Versorgungsvertrag erfüllen, haben einen gesetzlichen Anspruch auf einen solchen Versorgungsvertrag. Gleiches gilt nach der gesetzlichen Konzeption für einen Versorgungsvertrag nach § 132j Abs. 5 SGB V. Die Rahmenempfehlungen nach § 132j

Abs. 1 SGB V haben auf Bundesebene den inhaltlichen einheitlichen Rahmen insbesondere auch für die Qualifikationsanforderungen des einzusetzenden Personals festzulegen, die den Versorgungsverträgen nach Abs. 5 zugrunde zu legen sind. Die Rahmenempfehlungen nach Abs. 1 werden von den maßgeblichen Spitzenverbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen vereinbart. Damit sind die am Leistungsgeschehen Beteiligten paritätisch bei der Erarbeitung der Inhalte der Zulassungsverträge vertreten. Ganz anders ist die Situation im G-BA. Im Gemeinsamen Bundesausschuss fallen die Beteiligungsrechte nichtärztlicher Leistungserbringer deutlich hinter denen der Krankenkassen zurück. Diese haben keinen ständigen Sitz im Gemeinsamen Bundesausschuss und können deshalb nicht in gleicher Weise die Inhalte der Richtlinien mitbestimmen. Sollen nunmehr zulassungsrelevante Aspekte wie Qualifikationsanforderungen des Personals einseitig ohne gleichrangige Mitbestimmung der Leistungserbringerververtretung durch den G-BA festgesetzt werden, käme das einer Regelung zulasten Dritter gleich, die einen grundrechtsrelevanten Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 GG beinhaltet. Hierfür gibt es keine grundrechtsrelevante Rechtfertigung. Demgegenüber ist eine Festlegung der personellen Anforderungen in den Rahmenempfehlungen durch die gleichwertige Besetzung der Selbstverwaltung formal legitimiert.

Unabhängig davon kann eine Regelungszuständigkeit für Anforderungen an die pflegerische Versorgung im Rahmen der Leistungserbringung nach § 132j SGB V rein systematisch nicht aus § 92 SGB V abgeleitet werden. Die Richtlinienkompetenz des G-BA bezieht sich entsprechend des vierten Kapitels, zweiten Abschnittes und sechsten Titels des SGB V allein auf die Beziehung zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten. Insofern können und dürfen innerhalb der Richtlinienkompetenz nur Regelungen getroffen werden, die unmittelbar Regelungscharakter für die vertragsärztliche Versorgung haben. Qualifikationsanforderungen an Personal nichtärztlicher Leistungserbringer fallen nicht darunter. Vor diesem Hintergrund sind auch in der Vergangenheit personelle Anforderungen an nichtärztliche Leistungserbringer in Leistungsbereichen wie beispielsweise der häuslichen Krankenpflege nicht in den Verantwortungsbereich des G-BA gefallen. Etwas anderes kann auch für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege nicht gelten.

Änderungsvorschlag

„(1) [...]. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer

Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Absatz 1 Satz 2,

2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen ~~und pflegerischen~~ Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,

~~3. an die Qualifikation der Leistungserbringer nach Nummer 2,~~

4. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Absatz 1 Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, und

5. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.“

§ 37c Abs. 2 SGB V

Der bpa pflichtet dem Gesetzgeber grundsätzlich bei, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts und des hohen Versorgungsniveaus in Deutschland die Fallzahlen in diesem Versorgungsbereich nach wie vor steigen. Daher wird es zukünftig notwendig sein, neben der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und in sog. Wohneinheiten, die Versorgung in Einrichtungen der vollstationären Pflege zu stärken und die systematischen Ungleichbehandlungen durch die Krankenkassen zu beseitigen. Unklar bleibt, was die Neuregelung für Versicherte bedeutet, die gegenwärtig behandlungspflegerische Leistungen in einem erheblichen Umfang in Einrichtungen der sogenannten **Phase F** erhalten. Der Gesetzesentwurf fokussiert sich in erheblichem Maße auf Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege wegen invasive bzw. nicht invasive Beatmung haben. Menschen, die in Einrichtungen der Phase F versorgt werden, leiden unter schweren und schwersten neurologischen Schädigungen. Charakteristisch ist auch in diesen Fällen ein nach wie vor deutlich überproportional hoher gesamtpflegerischer und therapeutischer krankheitsbedingter Versorgungsaufwand. **Für die betroffenen Menschen in diesen stationären Einrichtungen der Phase F ist daher eine dauerhafte Kostenübernahme der Aufwendungen notwendig**, um einen Rehabilitationserfolg bzw. Genesungsprozess (und damit ein potentieller Wegfall der besonderen Behandlungspflege) eben nicht mehr zu einem Finanzierungsbruch und damit wirtschaftlichen Risiko (erhöhte Eigenanteile) zu machen. Um diesen Umstand Rechnung zu tragen, sollten Einrichtungen der Phase F ausdrücklich benannt werden.

Änderungsvorschlag

„(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege
1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42
oder 43 des Elften Buches erbringen, **insbesondere Einrichtung der
sog. Phase F**, [...].“

Nach wie vor stellt sich die Frage nach der Grundrechtskonformität der
Regelung von Abs. 2 Satz 2. Nachdem der Gesetzgeber seine zunächst
noch im ersten Referentenentwurf präferierte Zumutbarkeitsprüfung der
Leistungsinanspruchnahme in der Häuslichkeit des Versicherten durch
eine Prüfung der Angemessenheit dieser Versorgungsform aufgegeben
hat, gewährt er den Versicherten ein Wahlrecht auf Grundlage der Fest-
stellung, ob die medizinische und pflegerische Versorgung an dem ge-
wünschten Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann.

Es bleibt offen, was der Gesetzgeber mit der Aufnahme dieser unbestimm-
ten Rechtsbegriffe verfolgt. Eine klare Positionierung hierzu ist auch den
Gesetzesmaterialien nicht zu entnehmen. Es liegt in der Natur der Sache,
dass jede medizinische Leistung tatsächlich dort, wo sie erfolgen soll,
auch erbracht werden kann. Unter anderen Umständen könnte und dürfte
kein Arzt eine bestimmte Therapieform verfolgen und anordnen, weil es
dann bereits an der medizinischen Indikation fehlen würde. Aus diesem
Grund findet sich eine derartige Formulierung auch in keinem anderen
Leistungsbereich innerhalb des SGB V. Insofern führen diese zusätzlichen
Tatbestandsvoraussetzungen ohne klaren Hinweise auf den strukturellen
und inhaltlichen Rahmen zu einer sehr hohen Verunsicherung auf Seiten
der betroffenen Versicherten und mithin zur Gefahr einer Beschränkung
seiner Wahl des Leistungsortes.

Die damit einhergehende **Beschränkung des Wahlrechtes des Versi-
cherten ist**, vor dem Hintergrund der Freiheitsrechte des Versicherten,
äußerst kritisch zu bewerten. Es bedarf mithin gewichtiger Rechtferti-
gungsgründe für den Eingriff in das Grundrecht nach Art. 2 GG durch den
Gesetzgeber. Das Recht auf allgemeine Handlungsfreiheit des Versiche-
rten kann jedenfalls nicht deshalb eingeschränkt werden, weil die von ihm
gewählte Versorgungsform gegenüber anderen Versorgungsmöglichkei-
ten zu einem späteren Zeitpunkt die Versorgung ggf. nicht gewährleisten
kann. Es ist gerade Kern dieses Grundrechts, dass Jedermann die Freiheit
hat, zu tun und zu lassen, was die Rechte anderer nicht verletzt und nicht
gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt
(BVerfGE 6, 32, 39). Im Rahmen seiner Verhaltensfreiheit nach Art. 2 Abs.
1 GG obliegt es allein dem Versicherten als Grundrechtsträger zu ent-
scheiden, ob die Versorgung „tatsächlich und dauerhaft“ an einem be-
stimmten Ort sichergestellt werden kann. Die besondere verfassungs-
rechtliche Sensibilität an diesem Punkt dürfte zu einer Vielzahl gerichtli-
cher Auseinandersetzungen führen.

In diesem Zusammenhang hat die gefestigte sozialgerichtliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), insbesondere im Bereich des Sozialhilferechts, bereits mehrfach geklärt, dass auch dann dem Wahlrecht des Betroffenen der Vorzug zu geben ist, wenn die Leistung teurer ist als Leistungen im stationären Bereich (BSG, SozR. 4-3500 § 65 Nr. 5 m.w.N.).

Vor diesem Hintergrund ist es mit den Leitziele einer an der Menschenwürde orientierten rechtsstaatlichen Ordnung nicht vereinbar, den Einzelfallbedarf allein „objektiv“ unter Vernachlässigung der Wünsche des Versicherten zu bestimmen. Genau dies wird aber durch die Regelung des § 37c Abs. 2 S. 2 SGB V verfolgt. **Mit der darin abgebildeten Einschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers durch eine indirekte Angemessenheitsprüfung des Leistungsortes wird dem Versicherten die Möglichkeit der Selbstbestimmung seines Lebensortes genommen.**

Änderungsvorschlag

„Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen, ~~soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann~~. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.“

Satz 7 enthält wohl einen redaktionellen Fehler. Danach können Versicherte auf einen Leistungsort nach Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 verwiesen werden, wenn sie den Krankenkassen bzw. dem MD den Zutritt in die Räumlichkeiten nach den Sätzen 3 und 4 verweigern. Es geht offensichtlich um die Leistungsorte nach Satz 1 Nummer 3 und Nummer 4, denn in den Sätzen 3 und 4 nach Abs. 2 werden keine Leistungsorte beschrieben. Das wird auch aus den Gesetzesmaterialien deutlich.

Änderungsvorschlag

„[...] Die Leistung an einem gewünschten Leistungsort ~~nach Satz 3 oder 4~~ kann versagt und der Versicherte auf Leistungen an einen anderen Ort im Sinne des Satzes 1 ~~Nummer 1 oder Nummer 2~~ verwiesen werden, wenn das erforderliche Einverständnis zum Betreten des Wohnraums der oder des Versicherten

1. durch die oder den Versicherten oder
2. durch eine andere in Bezug auf den Wohnraum berechnigte Person

nicht erteilt wird und dadurch die Feststellung nach Satz 4 oder die Überprüfung nach Satz 5 und Satz 6 nicht möglich ist. Die §§ 65, 66 und 67 des Ersten Buches bleiben unberührt.“

§ 37c Abs. 3 SGB V

Die Bestimmung des § 37c Abs. 3 SGB V wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die durch den Bundesrat verfolgte Absicht, die Möglichkeit der weitergehenden Finanzierung der Leistung als Satzungsleistung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf grundsätzlich sechs Wochen nach Entfallen des Anspruches auf außerklinische Intensivpflege zu beschränken, würde dem eigentlichen Ziel der gesetzlichen Regelung zur Schaffung eines leistungsfähigen stationären Versorgungsbereiches zuwiderlaufen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – § 40 SGB V

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Gemäß § 40 Abs. 3 SGB V sollen Krankenkassen bei einem Antrag auf vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation nicht mehr die medizinische Erforderlichkeit prüfen. Für die Überprüfung der Indikation sollen geeignete Abschätzungsinstrumente von den Vertragsärzten genutzt werden. Bei Indikationen außerhalb der geriatrischen Rehabilitation kann von der Krankenkasse nur noch aufgrund gutachterlicher Stellungnahme des Medizinischen Dienstes von der vertragsärztlichen Verordnung abgewichen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Regelungen zur Erleichterung und Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens. Der Zugang zur Leistung kann für die Versicherten dadurch schneller und einfacher erfolgen.

Grundsätzlich spricht sich der bpa aber dafür aus, die vorgesehenen Erleichterungen nicht auf die geriatrische Rehabilitation zu begrenzen. Es ist notwendig, die medizinische Überprüfung der ärztlichen Verordnung generell bei Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entfallen zu lassen. Das Gesetz sollte nicht allein auf die geriatrische Rehabilitation ausgerichtet sein, sondern indikationsunabhängig die medizinische Rehabilitation regeln. Auch Rehabilitationsleistungen bei anderen Indikationen (z. B. Kardiologie, Neurologie oder Onkologie) richten sich an ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und vermeiden Pflegebedürftigkeit. Alle Versicherten sollten erreicht werden, die nicht mehr akutmedizinisch behandlungsbedürftig und noch nicht zur Anschlussheilversorgung fähig sind.

C) Änderungsvorschlag Abs. 3 Satz 2

„Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten **geriatrischen** Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die **geriatrische** Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde.“

Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege - § 132j SGB V

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Mit § 132j SGB V schafft der Gesetzgeber eine neue Norm im Bereich des Leistungserbringungsrechts. In den Abs. 1 bis 4 werden Regularien zur Bestimmung neuer Rahmenempfehlungen für den Versorgungsbereich mit außerklinischer Intensivpflege getroffen. Die Abs. 5 und 6 regeln das Zustandekommen von Versorgungsverträgen für diesen Bereich.

B) Stellungnahme

Nach Auffassung des bpa führt die Einführung des § 132 j SGB V zu erheblichen Komplikationen, Abgrenzungsproblematiken und Doppelstrukturen sowie vermeidbaren Kosten. Für eine qualitätsgesicherte Versorgung bedarf es weder neuer (zusätzlicher) Rahmenempfehlungen explizit für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege noch (neuer zusätzlicher) eigenständiger Versorgungsverträge. Eine Erweiterung der bestehenden Rahmen- und Versorgungsverträge zur Intensivpflege nach § 132a SGB V um die notwendigen strukturellen Veränderungen, insbesondere in Bezug auf die Erweiterung von Leistungsorten und strukturelle Anpassungen zum Leistungsgeschehen, wäre systematisch stringent und würde an die etablierten Regelungen zu den Rahmenempfehlungen, Versorgungsverträgen und Schlichtungsmechanismen des § 132 a SGB V anknüpfen.

Die Rahmenempfehlungspartner haben die Anforderungen und Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege für Pflegedienste und in Wohneinheiten hier bereits konkretisiert. Es ließen sich die zusätzlichen Anforderungen an die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen dort unkompliziert integrieren. Es bedarf dazu nicht völlig neuer Rahmenempfehlungen mit den damit verbundenen erheblichen administrativen und verwaltungstechnischen Aufwendungen. **Der Gesetzgeber schafft hier entbehrliche neue Instrumentarien, die bereits im Bereich der häuslichen Krankenpflege etabliert wurden** und die ohne Not in erheblichem Umfang zusätzliche zeitliche und personelle Ressourcen, und damit auch zusätzliche Kosten, verursachen. Schließlich ist auch hier bei Nichteinigung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung eine Schiedsstelle zu installieren – und dass, obwohl im Bereich der häuslichen Krankenpflege eine funktionierende Schiedsstelle arbeitet.

Zumindest aber ist sicherzustellen, dass es keine Verschiebung von Kompetenzen der Rahmenempfehlungspartner hin zum G-BA gibt (vgl. Ausführungen zu § 37c SGB V, S. 6 ff). Vielmehr ist zu gewährleisten, dass bezüglich aller pflegfachlichen Fragen die Regelungshoheit in den Rahmenempfehlungen nach § 132j Abs. 1 SGB V verortet bleibt.

Ein wichtiges gesetzgeberisches Ziel ist mit Blick auf den Fachkräftemangel ein ressourcenschonender Umgang bei gleichzeitiger qualitätsgesicherter Versorgung. Dies kann nur gelingen, wenn unter Einbeziehung aller technischen Möglichkeiten (Telemedizin/Telepflege) unter ständiger Begleitung durch einen Facharzt die Versorgung im Rahmen der Entwöhnung/Weaning über eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft sichergestellt wird. Dies wäre ein wichtiger Schritt, langfristig Versorgungslücken im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu beheben.

C) Änderungsvorschlag

„(2) In den Rahmenempfehlungen sind im Hinblick auf den jeweiligen Leistungsort nach § 37c Absatz 2 Satz 1 insbesondere zu regeln:

1. personelle Anforderungen an die pflegerische Versorgung, insbesondere die Qualifikation der Leistungserbringer einschließlich der Grundsätze zur Festlegung des Personalbedarfs,
2. strukturelle Anforderungen an Wohneinheiten nach Absatz 5 Nummer 1 einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen,
3. Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, dem Krankenhaus und mit weiteren nichtärztlichen Leistungserbringern, insbesondere zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination.
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich von Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Fortbildung,
5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke nach § 302 jeweils zu übermittelnden Daten,
7. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und
8. Maßnahmen bei Vertragsverstößen und
- 9. Einzelheiten zu einer Entwöhnung von der Beatmung in den in § 37c Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 4 genannten Orten durch Pflegefachkräfte mit einer Videopräsenz eines Arztes als Leistung der außerklinische Intensivpflege.“**

Zum anderen gibt es auch kein Erfordernis, bestehende Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V durch neue Versorgungsverträge nach § 132j Abs. 5 SGB V abzulösen. In der ambulanten Versorgung hat bereits eine erhebliche Vielzahl von Leistungserbringern für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege spezialisierte Versorgungsverträge, die ein hohes Niveau an qualitativen Anforderungen zur Leistungserbringung beinhalten. Diese Leistungserbringer haben neben einer entsprechenden sachlichen Ausstattung ein hohes Maß an besonders qualifizierten Fachkräften vorzuweisen, um Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen zu können. Alle diese Leistungserbringer, die bereits heute entsprechende Leistungen für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege erbringen und die vertraglich vereinbarten zusätzlichen Anforderungen, insbesondere im Personalbereich, erfüllen, wären gezwungen neue Versorgungsverträge abzuschließen, um Leistungen für diese Patientengruppe weiterhin zur Verfügung zu stellen. Das stellt einen erheblichen Eingriff des Gesetzgebers in grundrechtlich verbürgte Freiheiten der Leistungserbringer dar.

Faktisch wird allen bislang auf Grundlage ihres Versorgungsvertrages nach § 132a Abs. 4 SGB V tätigen Leistungserbringern ihre „Zulassung“ zur weiteren Gewährung dieser Leistungen entzogen. Dies stellt einen ganz erheblichen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 GG dar und darüber hinaus eine nicht hinzunehmende Beeinträchtigung des Rechts am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nach Art. 14 GG.

Diese Leistungserbringer werden nach Verstreichen der Übergangsfrist gemäß § 132j Abs. 6 S. 2 SGB V künftig faktisch von der Leistungserbringung ausgeschlossen. Hierfür gibt es keine wesentliche Rechtfertigung durch den Gesetzgeber. Wie oben bereits ausgeführt, lässt der Gesetzentwurf in keiner Weise erkennen, worin bei der gegenwärtigen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Qualitätsdefizite nach Art und Ausmaß bestehen, die es rechtfertigen, eine erhebliche Anzahl von Leistungserbringern zukünftig von der Versorgung auf Grundlage bestehender Verträge auszuschließen. Das birgt für eine Vielzahl von Leistungserbringern ganz erhebliche wirtschaftliche Risiken bis hin zum Verlust des Unternehmens. So etwas kann, auch vor dem Hintergrund der Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung der Versicherten, nicht im Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Es muss mindestens gewährleistet bleiben, dass **Leistungserbringer mit bestehenden Versorgungsverträgen, die bestandsschützende Gewähr haben, auch zukünftig auf dieser Grundlage Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen zu können.** Die Befristung nach § 132j Abs. 6 Satz 2 ist folglich zu streichen.

Änderungsvorschlag

„(6) [...] Verträge nach § 132a Absatz 4 gelten so lange fort, bis sie durch Verträge nach Absatz 5 abgelöst werden, ~~längstens jedoch für zwölf Monate nach Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1.~~“

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/15706 –**

Chancen und Voraussetzungen der Beatmungsentwöhnung

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (RE RISG) zielt u. a. darauf ab, ungenutzte Potentiale zur Entwöhnung beatmelter Personen zu erschließen. Diese Potentiale werden „nach Ansicht von Experten [...] bei Patientinnen und Patienten, die außerklinisch intensivmedizinisch versorgt werden, derzeit nicht ausreichend ausgeschöpft“ (ebd., S. 15). Dies verursache „sowohl hohe Kosten [...] als auch Einbußen der Lebensqualität der Betroffenen“ (ebd., S. 16). Krankenhäuser sollen deshalb „vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Feststellung des Beatmungstatus“ vornehmen; andernfalls „müssen (sie) künftig Abschlüsse hinnehmen“ (ebd., S. 3).

Nicht nur der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) bewertet diese Vorhaben positiv, sieht jedoch potentielle Schwierigkeiten bei der Umsetzung auf Grund unzureichender Voraussetzung bei den Versorgungsstrukturen und Versorgungskapazitäten. Es herrsche „ein erheblicher Mangel an [...] Fachärzten [...], weshalb es regelhaft zu Verordnungen durch Hausärzte kommt.“ Es komme deshalb häufig zu unzureichenden ärztlichen Diagnosen und angemessener fachärztlicher Therapie. Zudem sind die bestehenden Weaningzentren (Weaning = Entwöhnung; Anmerkung der Fragesteller) nicht gleichmäßig in der Fläche verteilt, noch sei deren Anzahl ausreichend (bpa, 6. September 2019: Stellungnahme zum Referentenentwurf [...] zum [...] RISG: S. 3 f.).

Die „Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.“ (DGP) und der „Verband pneumologischer Kliniken“ (VpK) plädieren dafür, „die außerklinische Intensivpflege auch im Haushalt [...] derjenigen Patienten zu ermöglichen, die trotz Beatmung in der Lage sind, ein aktives Leben selbstbestimmt“ zu führen (DGP und VpK: Stellungnahme zum RISG vom 4. September 2019: S. 7). Kritisch sei zudem, dass der RE RISG die Verordnung von Beatmungspflege durch Vertragsärzte und Vertragsärztinnen vorsieht, jedoch „nur sehr wenige niedergelassene Beatmungsspezialisten“ (3) vorhanden sind, weshalb eine „sektorübergreifende Behandlung klarer festzulegen“ sei (4).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 19. Dezember 2019 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung der Bundesregierung

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 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 Experten wird das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Entfernung des Tracheostomas (Dekanülierung) bei Patientinnen und Patienten, die außerklinisch intensivmedizinisch versorgt werden, derzeit nicht ausreichend ausgeschöpft.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte, innerhalb der Bundesregierung noch nicht abschließend abgestimmte Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung stellt daher besondere Anforderungen an die Versorgung von Versicherten in der außerklinischen Intensivpflege. Ziel dieser Neuregelung ist es, die besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter angemessen zu berücksichtigen, eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellem medizinischen und pflegerischen Standard zu gewährleisten und Fehlanreize und Missbrauchsmöglichkeiten zu beseitigen.

Darüber hinaus soll gewährleistet werden, dass Potenziale der Beatmungsentwöhnung im stationären Sektor ausgeschöpft werden. 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 zu ambulanter 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 oder Patienten unnötig dauerhaft Beatmungspatientinnen bzw. Beatmungspatienten bleiben, was sowohl Einbußen der Lebensqualität der Betroffenen als auch hohe Kosten für die Versichertengemeinschaft bedeutet.

Die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung soll deshalb gestärkt werden. Während die Diskussion über die Voraussetzungen und Anforderungen an die Entwöhnung medizinisch zu führen ist, wird die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausespezifischer Zusatzentgelte verbessert. Abschläge für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, wirken einer vorzeitigen Überführung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege entgegen.

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege soll künftig einer Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bedürfen. Ihnen gleichgestellt und mit umfasst sind alle zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) berechtigten ärztlichen Leistungserbringer. Hierzu gehören neben medizinischen Versorgungszentren insbesondere ermächtigte Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie Einrichtungen, die ermächtigt werden, weil die ärztliche Versorgung der Versicherten ohne sie nicht sichergestellt wäre.

1. Welche Krankheiten sind nach Kenntnis der Bundesregierung als die eigene Atmungsfähigkeit zunehmend einschränkend anerkannt, und welche davon sind bislang nicht heilbar?
2. Welche Arten von Verletzungen sind nach Kenntnis der Bundesregierung auf Basis des gegenwärtigen Standes der Medizin als die eigene Atmungsfähigkeit unheilbar einschränkend anerkannt, und wie viele Fälle gab es jeweils in den letzten zehn Jahren in der Bundesrepublik Deutschland?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund Ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es gibt eine Vielzahl von Ursachen (z. B. infektiöse und nicht-infektiöse Erkrankungen; pulmonale, kardiale und neurologische Erkrankungen; Tumore; Unfälle; Vergiftungen und Medikamentenüberdosierungen, z. B. durch Opiate), die zu einer akuten oder chronischen Einschränkung der Atmungsfähigkeit (akute oder chronische respiratorische Insuffizienz) führen können. Im Hinblick auf die vielfältigen Ursachen für eine respiratorische Insuffizienz wird auf die einschlägige medizinische Fachliteratur verwiesen.

Die Diagnostik und die Behandlung einer respiratorischen Insuffizienz sind von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen und gemäß dem anerkannten Stand des medizinischen Wissens durchzuführen. Ein Verfahren der „Anerkennung“ von Krankheiten oder Verletzungen, welche die Atmungsfähigkeit zunehmend oder unheilbar einschränken, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Entscheidend ist die für jeden Einzelfall individuell zu treffende ärztliche Diagnostik einer eingeschränkten Atmungsfähigkeit.

3. Wie viele Erkrankungsfälle, die die eigene Atmungsfähigkeit beeinträchtigen gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (bitte nach Diagnosen aufschlüsseln)?

Zahlen zu Erkrankungsfällen, bei denen die eigene Atmungsfähigkeit beeinträchtigt ist, können mit den derzeit in Deutschland vorhandenen Daten nicht präzise angegeben werden.

4. Welche fünf häufigsten Beatmungsformen bzw. Beatmungstechniken kommen nach Kenntnis der Bundesregierung bei Personen mit Beatmungsbedarf zum Einsatz (bitte nach ambulanter und stationärer Versorgung unterscheiden)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

5. Wie vielen Personen wurde in den letzten zehn Jahren nach Kenntnis der Bundesregierung Beatmung verordnet, und bei wie vielen davon geschah dies nach Kenntnis der Bundesregierung auf unbegrenzte Zeit?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

6. Wie vielen außerklinisch beatmeten Personen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung eine dauerhafte invasive Beatmung und wie vielen eine intermittierende nichtinvasive Beatmung verordnet?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

7. Wie verteilen sich diese beiden Beatmungsformen nach Kenntnis der Bundesregierung auf die häufigsten Erkrankungen bei Personen mit außerklinischer Beatmung?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

8. Wie vielen Personen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren im Krankenhaus für die Zeit der Anschlussbehandlung außerhalb des Krankenhauses Beatmung, und wie vielen davon wurde Intensivpflege verordnet?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

9. Für wie viele aller mit Beatmungsbedarf Entlassenen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung Behandlungspläne zur Entwöhnung erstellt, und wie viele dieser Behandlungspläne wurden von spezialisierten Fachärztinnen oder Fachärzten und wie viele von Hausärztinnen oder Hausärzten erstellt?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

10. Wie viele Personen, die in den letzten zehn Jahren im Krankenhaus beatmet wurden, wurden nach Kenntnis der Bundesregierung anschließend in einem Weaningzentrum weiterbehandelt, und wie vielen wurde eine solche Behandlung verordnet, jedoch nicht durchgeführt, weil kein Platz verfügbar war?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

11. Wie vielen Personen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren außerhalb des Krankenhauses Beatmung und wie vielen Beatmungspflege verordnet (bitte aufschlüsseln nach stationären Einrichtungen der Altenpflege, stationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung, stationären Wohnformen, ambulanter Versorgung)?

Der Bundesregierung liegen keine Zahlen aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vor.

12. Wie viele dieser Verordnungen erfolgten nach Kenntnis der Bundesregierung durch Hausärztinnen bzw. Hausärzte, und bei wie vielen davon wurden Maßnahmen zur Entwöhnung verordnet?

Der Bundesregierung liegen keine entsprechenden Verordnungsdaten vor.

13. Wie vielen Personen wurde nach Kenntnis der Bundesregierung die Behandlung in einem Weaningzentrum oder in Kooperation mit einem solchen verordnet oder empfohlen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

14. Welche Lücken in den Versorgungsstrukturen und Versorgungskapazitäten für Personen mit Beatmungsbedarf einschließlich der Feststellung und Realisierung des Potentials zur Beatmungsentwöhnung sieht die Bundesregierung
 - a) generell,
 - b) speziell beim Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung,
 - c) im außerklinisch intensivmedizinischen Bereich?

Wie können diese Lücken bei den Versorgungsstrukturen und Versorgungskapazitäten geschlossen werden?

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen. Der Bundesregierung liegen 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.

Die Beatmungsentwöhnung im Übergang zwischen akutstationärer und ambulanter Behandlung soll deshalb gestärkt werden. Während die Diskussion über die Voraussetzungen und Anforderungen an die Entwöhnung medizinisch zu führen ist, wird die Vergütung längerfristiger Entwöhnungsprozesse durch die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte verbessert. Abschlüsse für Krankenhäuser, die Entwöhnungspotenziale von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten nicht ausschöpfen, wirken einer vorzeitigen Überführung von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege entgegen.

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege soll künftig einer Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Ärzte bedürfen. Vor jeder Verordnung ist zu erheben, ob und inwieweit bei den Versicherten Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) besteht; dies sowie die hierfür erforderlichen Maßnahmen sollen künftig mit der Verordnung dokumentiert werden.

15. Welche fachärztlichen Spezialisierungen sind nach Kenntnis der Bundesregierung besonders geeignet für die Behandlung von Beatmungsbedarf und entsprechende Verordnungen?

Die Weiterbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin ist in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer geregelt. Für deren Verbindlichkeit ist die Umsetzung durch die jeweilige Landesärztekammer erforderlich. Die ärztliche Weiterbildung hat das Ziel, festgelegte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zu erwerben, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen. Aus Sicht der Bundesregierung sind daher solche fachärztlichen Spezialisierungen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Beatmungsbedarf geeignet, in deren Weiterbildung die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Beatmungsbedarf erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben wurden.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung benennt insoweit beispielhaft folgende Facharzttrichtungen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie,
- Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie,
- Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

16. Wie viele Beatmungsspezialistinnen und Beatmungsspezialisten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung entsprechend der Frage 15 derzeit in Deutschland?

Wie viele davon sind Vertragsärzte bzw. Vertragsärztinnen, und wie viele sind in Kliniken angestellt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Zu den in der Antwort zu Frage 15 genannten Facharzttrichtungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für den vertragsärztlichen Bereich die in der Anlage beigefügte Übersicht zur Verfügung gestellt. Daraus ergibt sich – nach Ländern und Facharzttrichtungen aufgeschlüsselt – die Anzahl der jeweiligen Fachärztinnen und Fachärzte und der Ermächtigten.

Im stationären Tätigkeitsbereich waren nach Daten der Bundesärztekammer im Jahr 2018 insgesamt 575 Ärztinnen und Ärzte mit einer Schwerpunktbezeichnung Pneumologie, 176 Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung in Kinder-Pneumologie, 8.328 Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, 18.801 Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztbezeichnung Anästhesiologie sowie 5.028 Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztbezeichnung Neurologie registriert. Eine Aufschlüsselung nach Ländern kann nachstehender Tabelle entnommen werden.

	Pneumologie	Kinder-Pneumologie	Intensivmedizin	Anästhesiologie	Neurologie
Deutschland	575	176	8328	18801	5028
Baden-Württemberg	81	34	1041	2195	610
Bayern	148	4	928	2896	788
Berlin	32	12	406	924	256
Brandenburg	28	6	196	503	173

	Pneumologie	Kinder- Pneumologie	Intensivmedizin	Anästhesiologie	Neurologie
Bremen	3	1	105	240	30
Hamburg	26	7	339	641	154
Hessen	37	17	536	1237	379
Mecklenburg- Vorpommern	19	2	125	403	97
Niedersachsen	51		185	1662	393
Nordrhein-Westfalen	47	61	2728	4371	1202
Rheinland-Pfalz	20	8	522	916	176
Saarland	2	4	134	242	107
Sachsen	33	1	419	968	238
Sachsen-Anhalt	10		207	503	112
Schleswig-Holstein	27	14	268	584	186
Thüringen	11	5	189	516	127

17. Wie viele Hausärztinnen und Hausärzte verfügen nach Kenntnis der Bundesregierung über die Kompetenz, das Beatmungsentwöhnungspotential einschätzen und entsprechende Pläne erstellen zu können?

Welche Qualifizierungsstandards gelten, und welche Fortbildungsangebote für Hausärztinnen und Hausärzte zielen auf den Erwerb dieser Kompetenz?

Die KBV hat hierzu mitgeteilt, dass nach den Zahlen des Bundesarztregisters (Stand 31. Dezember 2018) 147 Hausärztinnen und Hausärzte und 52 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte (einschließlich Ermächtigter) die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin führen. Die KBV geht davon aus, dass einzelne Hausärztinnen und Hausärzte durch jahrelange Betreuung einzelner Einrichtungen entsprechende Kenntnisse erworben haben, die ein vergleichbares Qualifikationsniveau mit sich bringen wie die formalen Weiterbildungen. Darüber, wie hoch die Anzahl dieser Hausärztinnen und Hausärzte ist, und über die Fortbildungsangebote liegen keine belastbaren Erkenntnisse vor.

18. Wie viele Fortbildungsangebote gab es jeweils in den letzten zehn Jahren, und wie viele Hausärztinnen und Hausärzte haben daran jedes Jahr teilgenommen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Die Befugnis zur Regelung der Weiter- und Fortbildung obliegt nach Artikel 70 Absatz 1 GG den Ländern, die dieses Recht auf die jeweiligen Landesärztekammern übertragen haben.

19. Welche Leitlinien mit welchem jeweiligen Status zum Thema Beatmung und Entwöhnung von Beatmung und welche Leitlinien oder Hinweise zu den entsprechenden Kodierungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell, und welche werden derzeit überarbeitet?

Welchen Ergänzungs- oder Änderungsbedarf zu welchen Aspekten sieht die Bundesregierung ggf.?

Zu akuter und chronischer respiratorischer Insuffizienz und invasiver und nicht-invasiver Beatmung sind folgende Leitlinien bekannt:

- S3-Leitlinie „Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz“, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/001-021.html,
- S3-Leitlinie „Nichtinvasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz“, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-004.html,
- S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-008.html.

Zur Entwöhnung sind folgende Leitlinien bekannt:

- S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-015.html,
- S2k-Leitlinie „Besonderheiten des prolongierten Weanings bei Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/080-002.html.

Üblicherweise enthalten die Leitlinien keine Hinweise auf die zugehörige Kodierung. Über einen Zeitpunkt zur Überarbeitung dieser Leitlinien liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Es liegt in der Verantwortung der jeweiligen Fachgesellschaften und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Aktualisierungs-, Ergänzungs- oder Änderungsbedarf festzustellen.

20. Bei wie vielen Personen mit Beatmungsbedarf wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten Jahren erfolgreich die Beatmung auf unbefristete Zeit beendet?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

21. Wie viele Weaningzentren gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell (bitte nach Trägerschaft, nach Bundesländern und Anzahl der Plätze aufschlüsseln)?

Wie hat sich die Anzahl der Plätze der einzelnen Weaningzentren und wie der jeweilige Auslastungsgrad in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Nach welchen verbindlichen Regelungen werden Weaningzentren zertifiziert?

Der Begriff „Weaningzentrum“ ist in Deutschland kein organisatorisch bzw. krankenhaus(-planungs-)rechtlich definierter Begriff. So existieren Weaningzentren als eigenständige Stationen in Krankenhäusern, teilweise sind sie aber auch als Weaningeinheiten in intensivmedizinischen Stationen/Abteilungen integriert. Vor diesem Hintergrund ist der Bundesregierung eine vollständige Bestimmung der Anzahl derjenigen stationären Einheiten, die Beatmungsentwöhnung anbieten, nicht möglich. Es bestehen jedoch vonseiten der mit Intensiv-/Beatmungspflege befassten medizinischen Fachgesellschaften verschiedene Zertifizierungsverfahren für Kliniken.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) e. V. hat 2009 das WeanNet, ein Netzwerk pneumologisch geführter Weaningzentren gegründet. Ziel des WeanNets ist es, für die Beatmungsmedizin einheitliche Qualitätsstandards zu etablieren und entsprechende Weaningzentren zu zertifizieren. Es gibt aktuell (Stand: Dezember 2019) insgesamt 48 durch die DGP zertifizierte Weaningzentren in Deutschland. Die Verteilung der Weaningzentren auf die einzelnen Bundesländer ergibt sich aus der folgenden Übersicht:

Bundesland	Anzahl zertifizierter Weaningzentren
Baden-Württemberg	7
Bayern	5
Berlin	3
Hamburg	1
Hessen	6
Mecklenburg-Vorpommern	1
Nordrhein-Westfalen	16
Niedersachsen	2
Rheinland-Pfalz	1
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	2
Schleswig-Holstein	1
Thüringen	1

Die 48 zertifizierten Weaningzentren befinden sich überwiegend in privater (28) sowie zu geringeren Anteilen in öffentlich-rechtlicher (elf) bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft (neun). Über die Anzahl verfügbarer Weaningplätze/-betten innerhalb der einzelnen Zentren, deren Auslastungsgrad sowie die Entwicklung der Bettenzahlen in den Weaningzentren liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Für etwaige Erhebungen sind die Länder im Rahmen ihrer Planungshoheit für die stationäre Versorgung zuständig.

Eine Zertifizierung als Weaningzentrum durch das WeanNet kann erfolgen, sofern das Zentrum eine Spezialisierung auf die Entwöhnung von mechanischer Beatmung vorweist. Die Zertifizierung erfolgt anhand eines strukturierten Zertifizierungsverfahrens, im Rahmen dessen verschiedene Kriterien, insbesondere die Struktur- und Prozess- sowie zu Teilen auch die Ergebnisqualität, erfasst werden. Weaningzentren müssen sich, um eine Zertifizierung zu erhalten, zudem verpflichtend in das Weaning-Register eintragen lassen und müssen eine jährliche Mindestzahl von Patientinnen und Patienten im prolongierten Weaning versorgen. Die Zertifizierung der DGP erfolgt für drei Jahre durch eine Zertifizierungskommission, bestehend aus Mitgliedern des WeanNets sowie des Vorstands der DGP.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) vergibt darüber hinaus das Zertifikat „Entwöhnung von der Beatmung“ an Fachabteilungen mit Intensivstationen unter anästhesiologischer Leitung, sofern diese bestimmte personelle sowie fachliche Voraussetzungen erfüllen. Die Möglichkeit der Re-Zertifizierung besteht ebenfalls im Turnus von drei Jahren. Über die Anzahl und Verteilung der durch die DGAI entsprechend zertifizierten Kliniken liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

22. Wie viele Personen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren in den einzelnen Weaningzentren behandelt?

Wie viele davon konnten unbefristet von der Beatmung entwöhnt werden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine statistische Daten vor.

23. Wie erfolgt nach Kenntnis der Bundesregierung die Erhebung des Bedarfs für außerklinische Beatmungsentwöhnung im ambulanten und wie im stationären Bereich, und welche Forschungsvorhaben hat die Bundesregierung dafür in Auftrag gegeben oder in Planung?

Die beabsichtigte Neuregelung eines § 37c SGB V im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die beatmeten oder tracheotomierten Versicherten außerklinische Intensivpflege verordnen, vor der Verordnung zu erheben, ob und inwieweit bei den Versicherten Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (De-kanülierung) besteht. Von dieser Regelung mitumfasst sind alle zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 SGB V berechtigten ärztlichen Leistungserbringer. Hierzu gehören neben medizinischen Versorgungszentren insbesondere ermächtigte Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sowie Einrichtungen, die ermächtigt werden, weil die ärztliche Versorgung der Versicherten ohne sie nicht sichergestellt wäre. Um sicherzustellen, dass auch tatsächlich genügend Ärztinnen und Ärzte für die Erhebung des Entwöhnungspotenzials zur Verfügung stehen, sieht der Gesetzentwurf auch vor, dass dies auch durch eine bzw. einen anderen als den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin erfolgen kann, wenn dieser diesbezüglich besondere Kenntnisse hat. Damit wird auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt, das Entwöhnungspotenzial zu erheben.

Der konkrete Bedarf einer stationär behandelten Patientin bzw. eines stationär behandelten Patienten für außerklinische Beatmungsentwöhnung wird durch das behandelnde Krankenhaus festgestellt. Dieses hat darüber zu befinden, ob Entwöhnungspotenzial besteht, das in der behandelnden Klinik oder in einer für Beatmungsentwöhnung spezialisierten Weaningeinrichtung realisiert werden soll, oder ob eine Entlassung in die außerklinische Intensivpflege angezeigt ist. Die im Rahmen des o. g. Gesetzentwurfs geplante Neuregelung des § 39 SGB V sieht mit dem Ziel, bestehendes Entwöhnungspotenzial von Patientinnen und Patienten zielgenauer und schneller zu identifizieren, vor, dass zur Krankenhausbehandlung auch eine vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten durchzuführende qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungstatus gehört. Dadurch wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vorschnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden. Das Krankenhaus hat den erforderlichen Sachverstand durch eigene Ärzte oder über externen ärztlichen Sachverstand sicherzustellen.

Forschungsvorhaben in Bezug auf die Erhebung des Bedarfs für außerklinische Beatmungsentwöhnung im ambulanten bzw. im stationären Bereich wurden seitens der Bundesregierung hierzu nicht in Auftrag gegeben und sind derzeit nicht in Planung.

24. Wie schätzt die Bundesregierung das Angebot bzw. die derzeitigen Versorgungskapazitäten der vorhandenen Weaningzentren im Verhältnis zum Versorgungsbedarf ein?

Es ist Aufgabe der Länder, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags für die stationäre Versorgung dafür Sorge zu tragen, den Versorgungsbedarf an Beatmungsentwöhnung krankenhauplanerisch zu berücksichtigen. Festzustellen

ist, dass derzeit eine hohe Zahl an Patientinnen und Patienten im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in die außerklinische Intensivpflege entlassen wird, obwohl sie das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung aufweisen. Diese Potenziale werden derzeit noch nicht in hinreichendem Maße in den Kliniken bzw. Weaningzentren genutzt. Vor diesem Hintergrund ist ein Ziel des o. g. Gesetzentwurfs, ungenutzte Potenziale zur Entwöhnung beatmelter Personen stärker zu erschließen. Soweit sich daraus perspektivisch das Erfordernis erhöhter Versorgungskapazitäten ergibt, fällt dies in die Zuständigkeit der Länder.

25. Welchen Bedarf sieht die Bundesregierung, um bei der Behandlung von beatmungsbedürftigen Personen Standards für die fachwissenschaftliche Ausbildung sowie für eine sektorengrenzenauflösende Versorgung klarer festzulegen angesichts der Einschätzung, es gäbe „nur sehr wenige niedergelassene Beatmungsspezialisten“ (s. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Im Rahmen der ärztlichen Ausbildung sollen grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermittelt werden, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind (vgl. § 1 Absatz 1 Satz 2 der Approbationsordnung für Ärzte). Dies umfasst auch die grundlegenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich der Beatmung des Patienten oder der Patientin als Bestandteil der zu lehrenden Fächer. Dementsprechend ist im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der ein Kerncurriculum enthält, an dem sich die Hochschulen bei der Ausgestaltung des Medizinstudiums orientieren können, das Thema „Beatmung“ an verschiedenen Stellen verankert. Der NKLM sieht z. B. vor, dass die studierenden Personen während des Studiums neben Kompetenzen hinsichtlich der Prinzipien der Atemtechnik (Ziffer 12.14.2.5 des NKLM) auch in Bezug auf die postoperative Nachbeatmung (Ziffer 16.3.1.2 des NKLM) erwerben. Die weitergehende vertiefte Vermittlung entsprechender Kenntnisse, Kompetenzen und Fähigkeiten kann dabei nur Gegenstand einer sich anschließenden Weiterbildung sein, für deren Ausgestaltung die Länder zuständig sind.

Über die im o. g. Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung des zur Erhebung und Feststellung des Entwöhnungspotenzials berechtigten Personenkreises (s. Antwort zu Frage 23) hinaus sieht die Bundesregierung derzeit keinen Handlungsbedarf.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte ausgewählter Fachrichtungen und Zusatzbezeichnungen; Zählung nach Personen

Bundesland	Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie*		Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie**		Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie		Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie		Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin		Alle Facharztgruppen/ Zusatzbezeichnungen***	
	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Gesamt	Alle Status- formen außer Ermächtigte	Gesamt
Schleswig-Holstein	45	50	22	27	129	145	100	112	35	45	321	362
Hamburg	42	45	15	19	112	117	100	100	18	18	273	285
Niedersachsen	107	139	35	50	280	349	259	307	59	76	719	892
Bremen	15	17	3	4	44	50	29	33	5	6	96	110
Vordrhein-Westfalen	255	309	76	106	715	854	506	701	159	266	1.746	2.112
Hessen	85	101	14	22	292	314	212	235	43	52	621	695
Rheinland-Pfalz	42	56	13	19	156	169	125	144	27	38	351	410
Baden-Württemberg	138	176	69	87	414	544	330	397	72	117	1.000	1.263
Bayern	199	223	41	54	702	769	432	481	61	78	1.404	1.562
Saarland	14	18	2	5	45	48	54	56	6	9	118	132
Berlin	83	86	29	29	167	167	158	162	21	22	450	457
Brandenburg	54	61	16	20	57	65	50	65	13	15	185	219
Mecklenburg-Vorpommern	23	28	1	5	49	57	33	45	8	11	110	140
Sachsen	62	75	12	18	147	165	125	145	20	28	362	422
Sachsen-Anhalt	34	44	7	7	77	84	54	64	17	21	181	211
Thüringen	30	36	6	7	73	90	50	62	9	12	163	200
Gesamt	1.228	1.464	361	479	3.459	3.987	2.726	3.109	573	814	8.100	9.472

Hinweise:

* Ohne hausärztlich tätige Ärztinnen/Ärzte

** Die fachlichen Spezialisierungen in der Kinder- und Jugendpneumologie werden weiterbildungsrechtlich sowohl über Zusatzbezeichnungen als auch über Schwerpunkte abgebildet. Dargestellt sind alle Ärzte, die mindestens eine der beiden Qualifikationsarten besitzen. Einschließlich Schwerpunkt Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde.

*** Ärzte können mehr als einer der einzelnen dargestellten Gruppen von Fachärztinnen/Ärztinnen mit Zusatzbezeichnung angehören.

Die Gesamtkategorie "Alle Facharztgruppen/Zusatzbezeichnung" umfasst alle Ärzte mit mindestens einer der ausgewählten Facharztbezeichnungen/Zusatzbezeichnungen.

Quelle: KBV, Daten des Bundesärztl. Registers (Stand: 31.12.2018)