



Wortprotokoll der 96. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 17. Juni 2020, 14:45 Uhr
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101, Adele-
Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensiv-
pflegerischer Versorgung und medizinischer Reha-
bilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsge-
setz – GKV-IPReG)**

BT-Drucksache 19/19368

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berichterstatter/in:

Abg. Dr. Roy Kühne [CDU/CSU]
Abg. Heike Baehrens [SPD]
Abg. Dr. Robby Schlund [AfD]
Abg. Nicole Westig [FDP]
Abg. Pia Zimmermann [DIE LINKE.]
Abg. N. N. [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- b) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter, weiterer Abgeordneter der AfD

Fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend einrichten - Nahtlose Rehabilitationskette herstellen, Krankenhausstandorte erhalten und stärken

BT-Drucksache 19/19518

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen

Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:

Abg. Dr. Roy Kühne [CDU/CSU]

Abg. Heike Baehrens [SPD]

Abg. Dr. Robby Schlund [AfD]

Abg. Nicole Westig [FDP]

Abg. Pia Zimmermann [DIE LINKE.]

Abg. N. N. [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zech, Tobias Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:49 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige, verehrte Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die heute wieder eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, mich beim Sekretariat ganz herzlich zu bedanken, dass das mittlerweile so gut funktioniert. Wir haben in der Vergangenheit durch die bereitgestellte Technik immer mal wieder Probleme gehabt, aber das Ausschussekretariat hat das alles souverän gelöst und dafür ein herzliches Dankeschön. Vorab darf ich alle, die zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen in Webex anzumelden, so dass wir wissen, wer angesprochen werden kann. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Die im Saal anwesenden Abgeordneten bitte ich, sich mit einem Endgerät in die Sitzung einzuwählen und dieses Gerät ebenfalls stummzuschalten. Für Fragen stehen die Tischmikrofone zur Verfügung. Das vorab als technische Hinweise. Wir beschäftigen uns in der heutigen öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der GKV“. Die Bundesregierung will mit diesem Gesetzentwurf in der Intensivpflege die Wahlfreiheit über den Ort der Versorgung sicherstellen und dafür Sorge tragen, dass die Qualität in der Versorgung steigt. Mit ihrem Gesetzentwurf will die Bundesregierung auch die Rehabilitation im Bereich der GKV stärken. Gleichzeitig soll der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege neu gefasst werden. Der Zugang zu einer geriatrischen Rehabilitation soll nach vertragsärztlicher Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse erfolgen können, um das Verfahren zu erleichtern und zu beschleunigen. Das Wahlrecht der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung soll zudem gestärkt werden. Um mehr Transparenz zu erreichen, sollen Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen. Soweit der Überblick über das, was wir gleich diskutieren.

Bevor wir anfangen, noch weitere Hinweise zum Ablauf der Anhörung. Wir nehmen uns insgesamt 90 Minuten Zeit. Diese 90 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. CDU/CSU haben 32 Minuten Zeit, um Fragen zu stellen und Ihre Antworten zu hören, die SPD 19 Minuten, die AfD 11 Minuten, die FDP 10 Minuten und DIE LINKE. sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 9 Minuten. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit wir viele Frage stellen können und beantwortet bekommen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen vor der Beantwortung der Frage, ihr Mikrofon anzustellen und gleichzeitig ihren Namen und den Verband zu nennen. So können die Gäste, die sich die Anhörung ansehen, das Geschehen besser nachvollziehen. Sie wissen alle, wenn Mobiltelefone zu hören sind, kostet das fünf Euro. Die Anhörung wird zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird in den nächsten Tagen auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle danke ich allen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt haben ganz herzlich. Somit können wir mit der Anhörung und der ersten Frage beginnen. Es beginnt die Fraktion CDU/CSU.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an die Deutsche Wachkomagesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Wir überführen nun die außerklinische Intensivpflege in eine neue Rechtsgrundlage. Es wird alles in § 37c SGB V neu strukturiert. Was halten Sie von den dazu vorgesehenen Maßnahmen?

SV **Armin Nentwig** (Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e. V. – Deutsche Wachkomagesellschaft): Ich bin Gründer und seit 30 Jahren Bundesvorsitzender des Verbandes. Wir betreiben auch seit 30 Jahren eine bundesweite Rückrufzentrale mit insgesamt sieben Hauptamtlichen. Ich bin selbst betroffener Vater. Den vorliegenden Gesetzentwurf begrüßen wir voll und ganz mit ein, zwei Einschränkungen, die wir sicher noch vortragen werden. Ansonsten sind wir sehr zufrieden. Wir kämpfen seit 30 Jahre um diese Ergebnisse, dass für die Menschen im Koma/Wachkoma, also mit apalischem Durchgangssyndrom, endlich diese



Versorgung geschaffen wird, und dass die betroffenen Familien nicht zu tausenden in die Sozialhilfe abstürzen, nur weil sie einen schwerstkranken Patienten mit einer Langzeitstufenkrankheit haben.

SV Prof. Dr. Michael Pfeifer (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)): Ich bin Präsident der DGP, Intensivmediziner und betreue seit vielen Jahren eine Weaning-Einheit. Die DGP begrüßt sehr diesen Gesetzentwurf. Es werden viele Dinge, die wir seit vielen Jahren angemahnt haben, jetzt besser geregelt. Es sind zwei oder drei Punkte, die uns aufgefallen sind, die wir kritisch sehen und die in dem Gesetzentwurf noch nicht ausreichend gut geregelt sind. Es ist die Schnittstelle zwischen der stationären Intensivmedizin und der Verordnung einer ambulanten Dauerpflege für beatmete Patienten. Dort muss besser gekennzeichnet und durchgeführt sein, dass die Beurteilung eines Weaning-Erfolges, von einem entsprechenden Experten, der auch Erfahrungen in dem Bereich hat, geführt wird. Das kann ein Intensivmediziner sein, das können auch verschiedene Fachkräfte sein, aber sie sollten wissen, um was es da geht. Der zweite wesentliche Punkt, der uns große Sorgen macht, ist die weiterhin medizinische Versorgung dieser Patienten im ambulanten Bereich. Dort stehen im Moment in Deutschland im ambulanten Bereich nicht ausreichend Experten zur Verfügung, um diese Patienten zu versorgen, um auch das Entwöhnungspotenzial festzulegen. Hier denken wir, dass es erforderlich ist, dass die Kollegen, die im stationären Bereich... Grundsätzlich sind wir mit vielen Punkten, die dieses Gesetz vorsieht, sehr zufrieden und denken, dass es tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung dieser Patienten führt.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Meine Frage geht an den G-BA. Sie regen in Ihrer Stellungnahme an, den Kompetenzkatalog für die Richtlinienkompetenz des G-BA zur außerklinischen Intensivpflege zu erweitern. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie das kurz erläutern könnten.

SV Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wir haben in unserer Stellungnahme den Entwurf des § 37c SGB V vorbehaltlos begrüßt. Wir wollen versuchen, die Aufträge gut

und fristgerecht zu erfüllen. Das ist ein besonderes Anliegen, weil hier ein Bereich der Versorgung betroffen ist, in dem wir es mit Schwerstkranken zu tun haben. Deshalb ist unser Anliegen, dem Gesetzentwurf an vier Stellen vielleicht noch etwas zu präzisieren und zu konkretisieren, damit wir unserem Auftrag noch besser gerecht werden können. Der erste Punkt ist, dass das ganze Qualitätsvorgabengeschehen relativ wenig bringt, wenn insbesondere in Wohneinheiten nach § 132j SGB V nicht bestimmte, für qualitätsgesicherte Pflege unabdingbare, bauliche, das heißt vor allem sanitäre Einrichtungen oder Rein- und Unreinbereiche vorhanden sind. Hier sind in den heutigen Vorgaben von Land zu Land völlig unterschiedliche Standards gesetzt, die unmittelbar auch mit qualitätsgesicherter Versorgung verbunden sind. Deshalb hätten wir gerne, ohne der Heimaufsicht, der Baupolizei, der Brandschutzbehörde in die Regelungsbefugnisse einzugreifen, eine Erweiterung unseres Auftrages, damit wir elementare, mit der Qualitätssicherung verbundene, Anforderung an Baulichkeit auch regeln können. Das sind zum Beispiel Zugänge für Notdienste, Barrierefreiheit der sanitären Ausstattung, Waschplätze etc. pp. Denn wir haben heute Wohneinheiten, die sich teilweise im sechsten Stock von Altbauten befinden. Dort werden vier Patienten versorgt und es gibt nur eine Waschgelegenheit. Hier wäre eine Ergänzung wichtig. Der zweite Punkt ist von Herrn Prof. Dr. Pfeifer adressiert worden und betrifft das Entlassmanagement. Hier sollte in der Ziffer 2 die dem G-BA gegebenen Ermächtigungen aufgenommen werden, dass wir ganz konkret zum Entlassmanagement Regelungen über das Normale hinaus treffen können, um die besondere Verantwortung der Krankenhausärzte, die in vielen Fällen ambulante Intensivpflege verordnen, auch bezogen auf die Nachweise von Weaning-Versuchen etc. pp, konkretisieren zu können. Der dritte Punkt ist uns auch wichtig. Wir haben im Gesetzentwurf, die Altersgrenze 27 Jahre für junge Volljährige definiert, für die wir anständige Regelungen treffen. Vielleicht bestünde die Möglichkeit, diese Altersgrenze nicht so apodiktisch zu formulieren. Man braucht sicher eine solche Grenze. Es gibt aber auch viele Fälle, in denen Krankheitsbilder des Kindes- und Jugendalters auch in relevanten Hauptdiagnosen über das Alter 27 hinausgehen. Deshalb schlagen wir vor, entweder die 27 zu streichen oder die Worte „in der Regel bis zum vollendeten 27. Lebensjahr“



einzusetzen, damit wir etwas Flexibilität hätten, bei besonderen Krankheitsbildern Regelungen zu treffen. Der vierte und letzte Punkt: Die Befugnis zur Regelung von Maßnahmen der Qualitätssicherung über die Ziffern 1 bis 5 hinaus, sollte noch aufgenommen werden. Wir können personelle Anforderungen regeln, und wir können Ausbildungsanforderungen regeln. Wir glauben, dass zu guter, außerklinischer Intensivpflege auch Vorgaben gehören zur Ausstattung von Rettungswegen, zur Hygiene, zum Beispiel zur Behandlung/Bekämpfung multiresistenter Keime und zu Nachweisen von Verbindungen zu Rettungsdiensten. Das wäre noch ein Anliegen, um damit aus dem Auftrag an den G-BA ein ganzheitliches Paket und um den sehr guten Paragraphen vielleicht noch besser zu machen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Die Frage geht an die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Wir sehen im Gesetz vor, dass künftig vor der Entlassung oder Verlegung aus dem Krankenhaus das Entwöhnungspotenzial erfasst werden muss. Ist diese Regelung Ihres Erachtens sachgerecht ausgestaltet?

Technische Probleme

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Dann versuche ich es mit einer Frage an den GKV-Spitzenverband. Wir haben in der Vergangenheit wiederholt auch von den Krankenkassen über Probleme und Qualitätsmängel im Bereich der Intensivpflege gehört. Sehen Sie sich durch den Gesetzentwurf in der außerklinischen Intensivpflege künftig günstigeren Zeiten gegenüber? Wie bewerten Sie den Entwurf?

Technische Probleme

SV **Prof. Dr. Uwe Janssens** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Prinzipiell begrüßen wir das sehr, genauso wie übrigens die Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, Herr Prof. Dr. Pfeifer, den Sie eben schon gehört haben, dass genau diese Punkte klar formuliert sind. Wir würden uns das aber noch präziser wünschen. Und zwar, dass tatsächlich das Entwöhnungspotenzial kritisch überprüft und uns damit eine ausreichend Expertise im Krankenhaus

gegeben wird. Das muss verdrahtet sein. Wir erleben das tatsächlich immer wieder, und wir haben mittlerweile eine so große Anzahl von außerklinisch beatmeten Patienten, dass das Entwöhnungspotenzial in vielen Krankenhäusern nicht überprüft wird. Wir haben circa 26 Weaning-Zentren in Deutschland. Diese müssen viel stärker miteinander interagieren. Herr Prof. Dr. Pfeifer hat das auch schon erwähnt, dass die Kompetenz eines solchen Entwöhnungsversuches gegeben sein muss, und dass erst dann, wenn das bestätigt worden ist, von den kompetenten Personen, dann ist eine Überleitung in eine außerklinische Beatmung- oder auch Intensivpflege gegeben. Das muss noch klarer hinförmuliert werden. Erstens die Indikation/Überprüfung der Indikation und zweitens, nochmal ganz klar, der Patientenwille, der an dieser Stelle mit einer patientenzentrierten Therapie zu versehen ist. Ohne diese beiden Komponenten, finde ich, sollten Patienten nicht in eine außerklinische Intensivmedizin überleitet werden.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ja, die Krankenkassen und viele andere, auch die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit, haben in letzten Jahren deutlichen Handlungsbedarf gesehen in der Frage der gesetzlichen Regelungen. Unser Eindruck ist, dass die jetzt vorliegenden Textierungen des § 37c SGB V in ganz vielen Punkten in die richtige Richtung gehen. Wir müssen hier einfach deutlich stärker die Akzente setzen, dass die Entwöhnung von der Beatmung insgesamt tatsächlich stärker stattfindet, dass die entsprechenden wirtschaftlichen Anreize gesetzt werden. Wir haben eine ganz schwierige Balance gesetzestechnisch zu lösen zwischen einerseits dem sehr zentralen Patientinnen-/Patientenwillen, insbesondere was den Ort ihrer/seiner Versorgung betrifft, aber andererseits auch der gesellschaftlichen Verantwortung, dass an den Orten, wo Versorgung stattfindet, auch die notwendige medizinische und pflegerische Qualität gewährleistet wird. Unser Eindruck ist, dass diese schwierige Balance in den jetzt vorliegenden Textierungen recht gut gelungen ist. Natürlich gibt es da immer wieder auch nachdenklich stimmende kritische Positionen. Im Grundsatz aber ist unser Eindruck, dass die Art, wie es jetzt getextet ist und wie es dann auch in Beziehungen zueinander gesetzt ist, eine verantwortliche Balance zwischen Patientenorientierung einerseits und qualitativen, pflegerischen und medizinischen Aspekten



andererseits ist. Also, es wird sicherlich ein Fortschritt im Verhältnis zu der nicht ganz guten Situation, wie sie derzeit besteht.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich möchte die Frage an den Deutschen Kinderhospizverein richten. Wir hatten vorher schon eine ähnliche Bemerkung von Herrn Prof. Hecken gehört. Der G-BA soll in seiner Richtlinie das Nähere zum Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach Altersgruppen differenziert regeln. Wie schätzen Sie das ein?

SV Marcel Globisch (Deutscher Kinderhospizverein e. V. (DKHV)): Wir halten eine altersdifferenzierte Aufstellung der Richtlinie für die Verordnung von medizinischen Leistungen für sachgerecht und begrüßen dies ausdrücklich. Wir sehen aber auch den Bedarf, das folgerichtig in einer gesonderten Rahmenempfehlung für junge Menschen auszugestalten. Zum einen sollten die personellen und strukturellen Anforderungen an die Versorgung und zum anderen sollte die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern erfasst werden, die sich deutlich zum Beispiel von der Versorgung älterer Menschen unterscheiden. Gerade hier ist ein besonderer Schutzbedarf der jungen Menschen gegeben. Das bedeutet aber auch zwingend, die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände einzubeziehen. So sind Eltern und Fachkräfte aufgrund der lang andauernden Versorgung darauf angewiesen, kooperativ zusammenzuarbeiten, weil sie unterschiedliche Leistungen der Pflege, sprich Grundpflege und Behandlungspflege, vollbringen, die nochmal eine besondere Versorgungssituation darstellen. Die Sicherstellung der intensivpflegerischen Betreuung und Versorgung ist für die jungen Menschen letztendlich Voraussetzung für eine altersgemäße Entwicklungsperspektive. Das kann man beispielweise immer daran festmachen, dass Kinder in Schulen neben der Assistenz gleichzeitig auch die intensivpflegerische Versorgung durch eine Fachkraft bedürfen. Daher sollten die besonderen Belange von jungen Menschen und die Anforderung an deren Versorgung in einer eigenen Richtlinie und in einer gesonderten Rahmenvereinbarung festgeschrieben und ausdifferenziert werden. Ich erlaube mir noch einen weiteren Hinweis der sich auf die jungen Menschen bezieht, die die vorgesehene Altersgrenze erreichen. Herr Prof. Hecken

hat das eben schon ausgeführt. Hier muss man sicherlich schauen, dass die Übergänge in die, ich sage mal, klassische Erwachsenenversorgung, irgendwie gestaltet werden können.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Die Frage richte ich an den MDS. Sind Ihrer Meinung nach die in § 37c SGB V vorgesehenen persönlichen Begutachtungen am Leistungsort angemessen ausgestaltet, damit der MDK einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivpflege leisten kann?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Der Gesetzentwurf sieht vor, dass wir im Rahmen einer persönlichen Begutachtung überprüfen sollen, ob die medizinischen Voraussetzungen vorliegen und ob die medizinisch-pflegerische Versorgung sichergestellt ist. Wir teilen die Zielsetzung des Gesetzgebers an beiden Stellen. Einerseits, dass die Leistung dort erbracht werden soll, wo der Versicherte es wünscht, andererseits, dass sicherzustellen ist, dass die Qualität an dem Leistungsort erbracht wird. Beides erfordert eine persönliche Begutachtung. Wir sehen es kritisch, dass der Gesetzgeber sagt, das soll in einer Begutachtung durchgeführt werden. Das halten wir nicht für praktikabel, weil zwar der erste Teil, die Prüfung der medizinischen Voraussetzungen, im Vorfeld der Leistungsgewährung gemacht werden kann, aber die Frage, ob die Leistung sichergestellt wird, nicht im Vorfeld beantwortet werden kann. Man müsste dann prospektiv sagen, dass die Versorgung sichergestellt ist. Deshalb schlagen wir vor, diese beiden Dinge zu trennen und im ersten Schritt die Voraussetzungen medizinischer Art auf Basis des Wunsches des Versicherten zu prüfen. Das wird, wenn gute Unterlagen, auch von Ärzten, vorliegen, häufig nach Aktenlage geschehen können. In einem zweiten Schritt ist dann zeitversetzt eine persönliche Begutachtung durchzuführen, bei der man zum Beispiel im Abstand von vier Wochen feststellen kann, ob nach Einlaufen und Einführen der Versorgung tatsächlich eine gute Pflege sichergestellt ist. Das kann man nur dann machen, wenn sie auch schon wirklich stattgefunden hat. Natürlich ist klar, dass in dem Fall, in dem die Versorgung nicht sichergestellt oder defizitär ist, die Krankenkassen



mit dem Versicherten nach Wegen zu suchen haben, eine qualitative Ausgestaltung der Versorgung zu erreichen. Von daher ist die Zielsetzung richtig, aber wir würden vorschlagen, die beiden Dinge in der Begutachtung voneinander zu trennen.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Wachkomagesellschaft und an den GKV-Spitzenverband. Wir wollen, dass sich Versicherte nicht aus rein finanziellen Gründen genötigt sehen, sich für eine ambulante Versorgung entscheiden zu müssen. Wahlfreiheit und Teilhabe ist uns extrem wichtig und deshalb wollen wir die Eigenanteile bei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Einrichtungen erheblich senken. Ist das nach Ihrer Meinung das richtige Instrument oder haben Sie hier einen anderen Ansatz?

SV **Armin Nentwig** (Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not e. V. – Deutsche Wachkomagesellschaft): Wir haben bisher eine ganz krasse Bevorzugung der ambulanten Intensivwohngruppe, da hier eine volle Finanzierung, teilweise eine Viertel bis zu einer halben Millionen Euro, durch unsere Krankenkassen erfolgt, während, wenn die Betroffenen in einer Intensivpflegeeinrichtung unserer Phase F, also die neurologische Reanimationspalette, sind, dann bezahlt lediglich nur noch die Pflegekasse. Weil die Pflegekasse den monatlichen Bedarf, der bei etwa 5 000 bis 7 000 Euro liegt und gedeckelt ist, bezahlt dann die Familie den Rest. Wenn es nun kein unverschuldeter Unfall war, dann zahlt die gegnerische Versicherung. Glück im Unfall ist auch noch ein Berufsunfall. Ansonsten stürzen die Familien zu Tausenden mit einem schwerstkranken Patienten mit apallischem Syndrom, also im Wachkoma, in die Sozialhilfe. Jetzt locken natürlich die ambulanten Intensivwohngruppen mit lediglich ein paar hundert Euro Mietkosten in die sogenannte ambulante Pflege, die ja eigentlich auch eine stationäre Pflege ist. Nebenbei gesagt, gehen diese in raffinierter Weise immer einen Platz unter die vorgeschriebene Zahl, um nicht als stationär zu gelten. Damit umgehen sie auch jeglicher Kontrolle des MDK und der Heimaufsicht. Das heißt, sie entziehen sich aller Kontrollen und kassieren im Jahr pro Patienten eine Viertel bis eine halbe Million Euro für lediglich meistens zustandserhaltende Pflege. Unsere stationären Facheinrichtungen, in der sogenannten Phase F, die praktisch

aktivierende Behandlungspflege betreiben, wo die Therapien sind, wo die Rehabilitation und die Teilhabe im Vordergrund stehen... Die Familien stürzen in die Sozialhilfe. Deshalb ist es doch klar, dass die Familien vielfach dann in die sogenannten ambulanten Intensivwohngruppen abschwenken, wo sie nur ein paar hundert Euro bezahlen müssen.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich will ganz deutlich sagen, dass die vorgesehenen Regelungen im Gesetzentwurf notwendig und auch dringlich sind, um finanzielle Fehlanreize entsprechend auszuräumen. Wir haben heute die Situation, dass es einen ökonomischen Anreiz gibt, in die ambulante außerklinische Versorgung zu gehen. Das ist nicht in jedem Punkt unbedingt sinnvoll und entspricht auch nicht in jedem Punkt unbedingt dem Patientenwillen. Insofern ist die Richtung, die hier im Gesetzentwurf eingeschlagen wird, zu begrüßen. Man muss die Entscheidung über die Wahl, wo eine qualitativ vernünftige und gewollte Versorgung durchgeführt wird, von unterschiedlichen finanziellen Anreizsystemen befreien. Insofern ist es richtig, wie es im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Wir haben in unserer Stellungnahme, darauf will ich gerne nochmal hinweisen, einen Vorschlag gemacht, weil wir der Auffassung sind, dass diese neue Philosophie und das Beseitigen von Fehlanreizen schnell wirken soll. Wir glauben, dass es dafür gut wäre, wenn diese Leistung unmittelbar nachdem der G-BA seine zentrale konkretisierende Richtlinie erlassen hat, also längstens nach zwölf Monaten, auch praktisch wirksam wird. Ich glaube, es wäre im Interesse der Patientinnen und Patienten genau dann auch den entsprechenden Leistungsanspruch unter Bezugnahme auf die G-BA-Richtlinie zu gewährleisten und nicht erst, wie es im Moment vorgesehen ist, weitere vertragliche Vereinbarungen abzuwarten. Das kann man dann nachziehen. Der Vorschlag liegt auch schriftlich vor.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Stiftung Patientenschutz und den GKV-Spitzenverband. Sollten, wenn außerklinische Intensivpflege in der Häuslichkeit des Versicherten oder sonst an geeigneten Orten erbracht wird, dort die jetzt vorgesehenen Prüfungen erfolgen?



SVe **Christine Eberle** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Der Gesetzentwurf will die außerklinische Intensivpflege im Haushalt und in der Familie der Betroffenen nur dann ermöglichen, wenn dort die fachgerechte Versorgung tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist. Das ist natürlich grundsätzlich gut und richtig und soll vor allem die ambulanten Wohngemeinschaften treffen, also die Intensivwohngruppen, um dort die Versorgung zu verbessern. Allerdings schießt der Gesetzentwurf aus unserer Sicht über das Ziel hinaus. Geprüft werden diese Kriterien tatsächlich und dauerhaft durch den MDK und werden dann von der Krankenversicherung festgestellt. Sowohl „tatsächlich“ und „dauerhaft“ sind aber unbestimmte Rechtsbegriffe. Es gibt aus unserer Sicht zu viel Interpretationsspielraum. Die Krankenversicherung bekommt damit die Auslegungshoheit und auch die alleinige Entscheidungsmacht. Diese Kriterien sind aber für die Prüfung der Versorgungsqualität so nicht geeignet, weil sie zu unbestimmt sind. Bei der Dauerhaftigkeit liegt das schon auf der Hand. Wie soll man für die Zukunft beweisen, ob der Pflegedienst vor Ort, der bisher gute Arbeit leistet, dies auch noch in zehn Monaten tut? Wie lange ist „dauerhaft“ und was heißt genau „tatsächlich“? Was ist, wenn der Patient die Erfüllung dieser Kriterien nicht nachweisen kann? Statt es zur Aufgabe der Krankenversicherung zu machen, die Versorgung in der Häuslichkeit sicherzustellen und die Qualität der Versorgung, gerade mit Blick auf die ambulanten Intensivpflege-Wohngemeinschaften gründlich zu prüfen, bürdet der Gesetzgeber den Nachweis für die Versorgung, für die Sicherstellung seiner eigenen Versorgung, allein dem Betroffenen auf. Das finden wir nicht richtig, zumal der Betroffene ein schwerkranker Patient ist, der intensiven Pflegebedarf hat. Der vorgesehene Begutachtungsprozess ist aus unserer Sicht zu kostenträgerseitig. Es fehlen klare Vorgaben. Es fehlt die Hinzuziehung einer Vertrauensperson. Es fehlt eine Schiedsstelle. Es fehlt ein gemeinsamer Mängelbeseitigungsprozess, falls die Leistung vor Ort einmal nicht stimmt. Laut Begründung zum Gesetzentwurf ist auch für diese Regelung vor allem der Fachkräftemangel in der Pflege handlungsleitend. Wir sind aber der Meinung, dass dieser nicht dazu führen darf, dass Menschen mit Intensivpflegebedarf entgegen ihrem Wunsch in einer stationären Einrichtung versorgt werden müssen.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich glaube, zwei Eingangspunkte sind wichtig. Erstens ist es eine schwierige Balance des Gesetzgebers. Ich finde, die Balance zwischen Patientenschutz und Selbstbestimmungsrecht ist ganz gut gelungen. Zweitens muss man natürlich auch zur Kenntnis nehmen, und es ist gesagt worden, wir haben in dem Bereich durchaus leider die Erfahrung von Missbrauch gemacht. Allein der Begriff „Beatmungs-WG“ ist eigentlich ein sprachliches Ungeheim. Insofern glaube ich, dass die Begutachtung, wie sie vorgesehen ist, entgegen der Befürchtung meiner Vorrednerin, nicht so durchgeführt wird, dass sie kriterienlos ist und intransparent, sondern die Begutachtung wird kriterienbezogen und transparent durchgeführt. Ich glaube, in dieser Hinsicht ist es ein notwendiges Vorgehen, um Fehlentwicklungen zu Lasten der Patientinnen und Patienten auch zu unterbinden. Das ist der Fokus, den man hier haben muss.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Die Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Rehorn, der bitte den Gesetzentwurf aus seiner langjährigen Erfahrung insgesamt beurteilen soll.

ESV **Dr. Wilhelm Rehorn**: Ich bin Arzt für Anästhesiologie und spezielle anästhesiologische Intensivmedizin und habe die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Ich bin angestellter Arzt beim MDK-Nordrhein mit dem Aufgabengebiet Beurteilung der Indikation zur außerklinischen Intensivversorgung und Abschätzung des Entwöhnungspotentials. Das mache ich durch persönliche Begutachtung vornehmlich auf den verlegungswilligen Intensivstationen in Konzil mit den dort leitenden Ärzten. Nun kommen wir zu Ihrer Frage. Das Gesetz ist ein guter Ansatz, aber es ist noch zu sehr im Hier und Heute verankert. Ein Gesetzentwurf sollte Verbesserung bewirken und nicht das Bestehende festschreiben. So laufen Sie Gefahr, als Tiger zu springen und als Bettvorleger zu landen. Es fehlt einerseits die Definition, was mit Intensivpflege konkret gemeint ist. Intensivpflege ist, wenn eine Intensivpflegefachkraft zur Vermeidung und Beherrschung eines akut lebensbedrohlichen Ereignisses, das unvorhersehbar zu jeder Zeit eintreten kann, vor Ort im Einsatz sein muss. Der Kreis der Betroffenen darf durch weichere Definitionen nicht künstlich vergrößert werden. Zweitens, ich erinnere Sie an etwas. Sie



verlassen den amerikanischen Sektor und betreten den russischen Sektor. Hallo? War da etwas in Berlin? Haben wir das nicht überwunden? Sie verlassen den Krankenhaussektor und betreten den ambulanten Sektor. Das gibt es noch jeden Tag. Aber wollen wir das wirklich? Oder wollen wir nicht lieber spezielle schwerwiegende Erkrankungen durch Spezialisten behandeln lassen? Wollen wir nicht lieber sektorenübergreifend in einem Netzwerk alle Spezialisten miteinander an der Behandlung beteiligen? Wollen wir nicht knappe Ressourcen durch Bündelungen in spezialisierten Zentren optimal einsetzen? Also, weg mit Sektorengrenzen, hin zur sektorenübergreifenden Behandlung durch spezialisierte Ärzte. Das Wort „Vertragsärzte“ muss aus dem Gesetz heraus und es muss lauten „spezialisierte Ärzte mit besonderen Kenntnissen“. Das wären dann Pneumologen, Kinder- und Jugendmediziner, Anästhesisten, Neurologen und alle Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin soweit sie nachgewiesenermaßen über Kenntnisse im Trachealkanülen-Management und in der Behandlung von Schluckstörungen verfügen. Die spezialisierten Ärzte sind dann entweder stationär tätige Ärzte aus Zentren zur Beatmungsentwöhnung oder aus neurologischen Schwerpunktkliniken, die den ganzen Tag nichts anderes machen, oder ambulant tätige Ärzte mit speziellen Kenntnissen und mehr als 20 Patienten pro Jahr mit Beatmungs- und Schluckstörungen. Aber bitte nur diese Spezialisten. Kein Hausarztprivileg an dieser Stelle. Die Hausärzte kümmern sich weiter um die allgemeine Behandlung und Beschwerden. Aber die ganz speziellen Krankheitsbilder, Beatmungs- und Schluckstörungen, behandeln die Spezialisten. Wenn Sie als Abgeordnete sich das nicht trauen, dann bitte wenigstens die Regelung analog § 116b SGB V mit Institutsermächtigungen. Das sind die ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungen. Zum Thema Hausarzt: Wer in eine WG einzieht, muss trotz freier Arztwahl faktisch den von dieser Einrichtung gewählten Arzt nehmen. Allein schon weil die WG meist weit weg von der alten Wohnung ist. Dann fährt auch der alte und vertraute Hausarzt nicht mehr zur WG. Die Wohngemeinschaften bei uns in Nordrhein sind froh, wenn sie überhaupt einen Arzt für regelmäßige Besuche an Land ziehen können. Also Fazit: Die Indikationsstellung zur Beatmung, die Ermittlung des Potentials wieder von der Beatmung loszukommen, und die Behandlung selbst sind eine Einheit und gehören nur in die

Hand von Spezialisten. Niemand nimmt hier jemandem etwas weg. Wir wollen, dass das Wohl der Patienten oberste Priorität hat.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die BAGFW. In verschiedenen Stellungnahmen kommt die Befürchtung zum Ausdruck, dass die Krankenkassen den berechtigten Wünschen der Versicherten nach dem Leistungsort nicht nachkommen und Patienten aus Kostengründen auf die stationäre Versorgung verwiesen werden. Wie beurteilen Sie diesen Sachverhalt? Was müsste gegebenenfalls geändert werden, um eine häusliche Versorgung zu gewährleisten?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir teilen diese Befürchtung. Der Gesetzentwurf enthält, das möchte ich betonen, tatsächlich mit dem neuen § 37c SGB V wirklich sehr gute Ansätze. Aber gerade im Absatz 2 gibt es aus unserer Sicht Ansätze, die zu korrigieren sind, um die von Ihnen angesprochene Befürchtung nicht eintreten zu lassen. Zum ersten muss gewährleistet sein, dass die Zuzahlung im stationären Bereich in gleicher Weise auch auf den ambulanten Bereich übertragen wird. Bisher hatten wir in § 37 SGB V, der die außerklinische Intensivpflege geregelt hat, eine Zuzahlungsbegrenzung auf die ersten 28 Tage. Diese Regelung entfällt. Das sage ich sozusagen nebenbei. Aber es ist auch ein wichtiger Punkt. Nun komme ich zum Thema stationäres Setting. Ich teile vollauf die hier von Herrn Kiefer schon mehrfach geäußerte Auffassung, dass der Gesetzentwurf balanciert zwischen dem Erfordernis der Qualitätssicherung einerseits, das gegeben sein muss, und dem Selbstbestimmungsrecht und dem Wunsch- und Wahlrecht der Menschen andererseits. Da muss es aus unserer Sicht gewährleistet sein, dass in keiner Weise auf stationäre Versorgung verwiesen werden kann. Hier sehen wir tatsächlich an mehreren Punkten Korrekturbedarf. Eine Stelle ist die, die von Frau Eberle vorher ausgeführt wurde, der unbestimmte Rechtsbegriff der tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung. Da kann ich mich vollumfänglich den Punkten, die Frau Eberle erwähnt hat, anschließen. Wir sind der Auffassung, dass dieser Sicherstellungsauftrag, sofern Leistungserbringer eingeschaltet sind, durch die Qualitätsprüfungen gewährleistet ist und im Falle, dass die Versorgung



durch die Angehörigen selbst sichergestellt wird, durch die Begutachtung des MDK erfolgen muss. Dafür braucht es aber Kriterien. Dafür brauchen wir eine eigene Richtlinie des MDK in § 283 SGB V. Der zweite Punkt ist das Thema, dass die Leistung dem Betroffenen versagt werden kann. Dazu ist eigentlich im SGB I alles geregelt. Wir brauchen hier keine spezifischen Regelungen und vor allem keine Regelungen, die gegebenenfalls einfach auf die Versorgung im stationären Bereich verweisen. Es ist schon sachgerecht, dass, wenn jemand den MDK nicht in die Wohnung lässt, ihm die Leistung versagt werden kann. Aber das Einwilligungserfordernis für das Betreten des Wohnraums ist ein hohes Gut. Wir haben versucht, diesem schon erwähntem Anliegen, die Balance zu finden zwischen der Qualitätssicherung einerseits und dem Selbstbestimmungsrecht andererseits, dadurch Rechnung zu tragen, dass wir als BAGFW vorschlagen, hier die Formulierung aus § 114a SGB XI zu übernehmen, wonach hier eine Möglichkeit besteht zu sagen, dass das Betreten des Wohnraums auch bei Nicht-Einwilligung gegeben sein kann, wenn Gefahr im Verzug ist. Das mag bei einigen schwarzen Schafen, die vorher schon erwähnt wurden im Bereich der Wohngemeinschaften tatsächlich der Fall sein. Ich denke man kann hier bessere Regelungen finden. Wir bitten das auch dringend noch einmal zu prüfen. Vor allem darf aber die Leistung am Leistungsort der Häuslichkeit nicht versagt werden. Wenn Mängel festzustellen sind, muss Abhilfe am Leistungsort geschaffen werden. Das hat auch Herr Kiefer vorher ausgeführt, bevor jemand auf eine stationäre Versorgung verwiesen werden muss.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Bundesvereinigung Lebenshilfe und an den GKV-Spitzenverband. Die Lebenshilfe kritisiert in ihrer Stellungnahme, dass anders als in § 37 SGB V zur häuslichen Krankenpflege der neue § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V bei den geeigneten Orten ausdrücklich auf die Nennung der betreuten Wohnformen verzichtet. Bitte erläutern Sie Ihre Position unter Berücksichtigung der Regelung, die in § 37c Absatz 2 Nummer 3 SGB V getroffen wurde, wo die Wohneinheiten für mindestens zwei Versicherte, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten, genannt werden.

SV **Lilian Krohn-Aicher** (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.): Wir haben die Forderung gestellt, weil die Wohneinheiten nach § 37c Absatz 2 Nummer 3 SGB V Intensivpflegewohneinheiten sind und wir wollten, dass auch alle betreuten Wohneinheiten der Behindertenhilfe umfasst sind. Derzeit sieht § 37 Absatz 2 Nummer 2 SGB V vor, dass nur betreute Wohnformen der Behindertenhilfe erfasst sind, soweit sie vom Versorgungsumfang einem stationären Setting entsprechen. Insofern würden betreute Wohnformen, die einen geringeren Versorgungsumfang haben, ihnen nicht unterfallen und diese würden auch nicht unbedingt die Kriterien einer Intensivpflegewohneinheit erfüllen und auch nicht die Kriterien der eigenen Häuslichkeit. Denn der Begriff der eigenen Häuslichkeit ist im SGB V relativ eng gefasst und deshalb sah auch § 37 SGB V immer vor, dass neben der eigenen Häuslichkeit ausdrücklich auch die betreuten Wohnformen als Leistungsort benannt wurden. In § 37c Absatz 2 Nummer 4 SGB V ist jetzt diese betreute Wohnform neben der eigenen Häuslichkeit ausdrücklich nicht mehr aufgeführt. Da sehen wir eine Lücke, dass dieser Leistungsort nicht mehr erfasst wird, wenn es eine ambulante Wohneinheit der Behindertenhilfe ist und dort kein großer Versorgungsumfang besteht wie im stationären Setting.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir sind schon, und das will ich gerne vorwegschicken, hinsichtlich der Intention mit dem Anliegen der Lebenshilfe in Übereinstimmung und d'accord. Wir lesen aber den vorliegenden Text im Sinne des Anliegens. Ich möchte gerne nochmal auf die Formulierung in § 37 Absatz 2 Nummer 4 SGB V hinweisen. Da wird die häusliche Versorgung nicht abschließend definiert, sondern es wird gesagt, es darunter der Haushalt des Versicherten, die Versorgung in der Familie oder sonst an einem geeigneten Ort gilt. Diese Öffnung „an einem geeigneten Ort“ zeigt den Willen des Gesetzgebers hier einen weiten Begriff zugrunde zu legen. Die Formulierung bedeutet nicht, dass jede Form, die die Lebenshilfe als Möglichkeit anbietet, ein geeigneter Ort ist, aber viele sind ein geeigneter Ort. Nach unserem Verständnis dieser Formulierung umfasst dann der Anspruch an eine Versorgung, an einem geeigneten Ort der Lebenshilfe. Also inhaltlich d'accord. Ich glaube es ist im Gesetzestext niedergelegt. Das muss auch so ausgelegt werden und nicht anders.



Abg. **Angelika Glöckner** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung Lebenshilfe. Wir haben mit dem Bundesteilhabegesetz in Anlehnung an die UN-Behindertenrechtskonvention die Personenzentrierung und Teilhabeorientierung im SGB IX implementiert. Ziel dieser Regelung ist es, das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderungen zu stärken. Sehen Sie durch dies durch diese Regelung des § 37c SGB V weiterhin gewährleistet? Wie kann sichergestellt werden, dass Instrumente, wie das Teilhabeplanverfahren oder das persönliche Budget nach SGB IX auch weiterhin damit verknüpft werden können?

Sve **Lilian Krohn-Aicher** (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.): Also unseres Erachtens ist die Regelung in § 37c Absatz 2 SGB V zu kritisieren, weil sie das Selbstbestimmungsrecht und das Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich des Leistungsortes der Versicherten einschränkt und damit auch Teilhabe-einschränkungen einhergehen können, wenn Versicherte, die im ambulanten Setting Kontakte haben und ihre Teilhabe ausleben können, durch den Verweis auf ein stationäres Setting diese Kontakte abbrechen müssen und damit in ihren Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt werden. Deshalb können wir natürlich nachvollziehen, dass die Qualität der intensivpflegerischen Versorgung gesichert werden muss. Wir finden allerdings, dass Versorgungsmängel nicht zu Lasten von Versicherten gehen dürfen, die dann in ihrem Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt werden, weil sie auf eine stationäre Versorgung verwiesen werden. Vielmehr muss die Krankenkasse ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen, eine gute Qualität der Leistungserbringung auch im häuslichen Setting zu gewährleisten. Derzeit ist sie dazu verpflichtet. Intensivpflegepatienten haben einen Anspruch auf häusliche Versorgung mit Intensivpflege. Nach § 37c Absatz 2 SGB V ist jetzt vorgesehen, dass der Anspruch eingeschränkt wird. Versicherte haben den Anspruch nur noch, insofern die Qualität sichergestellt werden kann über die Krankenkasse. Das heißt, der Anspruch steht unter der Bedingung, dass die Krankenversicherung diese Pflege auch sicherstellen kann. Wenn sie es dann nicht kann, geht das nicht zu Lasten der Krankenkasse, die ihre Leistungserbringer besser kontrollieren muss, sondern zu Lasten der Versicherten, die ihren Anspruch auf ambulante Versorgung verlieren und auf ein stationäres Setting verwiesen werden, wo sie vielleicht

ihre Teilhabemöglichkeiten weniger gut ausleben können, die sie im ambulanten Setting hätten.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an die DEGEMED. Die Krankenkasse soll eine vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation nicht mehr hinsichtlich ihrer medizinischen Erforderlichkeit überprüfen. Ist die Einschränkung auf die geriatrische Reha an der Stelle sachgerecht oder sollte die Regelung entsprechend dem Vorschlag des Bundesrates auf weitere Indikationen ausgeweitet werden?

SV **Christof Lawall** (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)): Wir halten diese Einschränkung nicht für sachgerecht. Wir sind der Meinung, dass eine Direktverordnung durch einen Vertragsarzt auch außerhalb der Geriatrie möglich und auch sinnvoll ist. Von daher sind wir auch gegen diese Einschränkungen nur auf die Geriatrie. Zum Hintergrund muss man wissen, dass nur etwa 12 Prozent der Reha-Fälle in der Zuständigkeit der GKV einen geriatrischen Hintergrund haben. Das heißt, 88 Prozent finden in anderen Indikationen statt und für diese Indikationen ist es aus unserer Sicht genauso erforderlich, dass man einen barrierefreien, unkomplizierten und direkten Zugang in die medizinische Reha-Leistung schafft. Das ist nach unserer Auffassung auch fachlich ohne weiteres möglich indem der G-BA zum Beispiel entsprechende Assessmentinstrumente beschließt und verabschiedet, so wie es für die Geriatrie auch vorgesehen ist.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an die BAGFW. Gemäß § 37 Absatz 4 SGB V können Betroffene derzeit mit ihren Krankenkassen ein Kostenerstattungsmodell vereinbaren, bei dem sie selbstständig als Arbeitgeber Pflegekräfteassistenten beschäftigen, die ihre Versorgung übernehmen. In Ihrer Stellungnahme fordern Sie, dass das auch nach § 37c SGB V (neu) weiterhin möglich sein muss. Bitte erläutern Sie Ihre Forderung insbesondere auch im Hinblick auf die Regelung des persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 SGB V.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): § 37 Absatz 4 SGB V gilt in Bezug auf § 37 Absatz 2



Satz 1 SGB V, der mit Artikel 2 dieses Gesetzes verändert wird. Der Rechtsanspruch wird zurecht als *lex specialis* von § 37 SGB V in den neuen § 37c SGB V überführt. Wir sind der Auffassung, dass sich das Arbeitgebermodell, dass sich die Versorgung durch selbstbeschaffte Pflege-/Assistenzkräfte zuletzt sehr gut bewährt hat und dass dieses auch weiterhin gewährleistet sein muss. Somit muss eine entsprechende Rechtsgrundlage in § 37c Absatz 1 SGB V geschaffen werden, sodass § 37 Absatz 4 SGB V, wo das Arbeitgebermodell geregelt ist, entsprechend gilt.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich auch nochmal an die BAGFW. Wie bewerten Sie, dass die Anforderungen zu Inhalt, Umfang und qualifikatorischen Voraussetzungen in einer Richtlinie des G-BA nach § 37c Absatz 1 SGB V geregelt werden sollen, die auch nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen differenziert?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir begrüßen sehr, dass diese Dinge in der G-BA-Richtlinie geregelt werden sollen. Wir sehen da aber zwei Korrekturbedarfe. Einen ganz wesentlichen, nämlich betreffend die Anforderungen an die pflegerische Qualifikationen. Diese sollten nicht in einer G-BA-Richtlinie geregelt werden, sondern in den Rahmenempfehlungen nach § 132j SGB V. Da sind sie auch bisher geregelt in den alten Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V. Der Grund hierfür liegt darin, dass der G-BA keine Vertretung der Pflege als eigene Bank vorsieht. Somit wäre die Pflege hier nicht mitspracheberechtigt. Aus diesem Grund bitten wir diesen Punkt aus der Richtlinie in die Rahmenempfehlungen nach § 132j SGB V alias § 132l SGB V zu verschieben. Außerdem sollte in der Richtlinie noch ein Punkt aufgenommen werden, der da lautet: Umsetzung der mit der Verordnung dokumentierten notwendigen Maßnahmen zur Entwöhnung und Dekanalisation. Die Pflegekräfte sind hier oft die ersten, die das Entwöhnungspotenzial erkennen. Bei der Kinder- und Jugendlichen-Richtlinie kann ich mich Herrn Prof. Hecken anschließen. Auch wir bitten darum, nochmal zu prüfen, ob die Altersgrenze von 27 Jahren gerechtfertigt ist. Wir sehen das nicht, weil der Entwicklungsstand des betreffenden Personenkreises sich auch jenseits des Alters von 27 Jahren

nicht ändern wird und somit halten wir diese Altersbegrenzung nicht für sinnvoll.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht auch nochmal an die BAGFW. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die Regelungen zur Kinder- und Jugend-Rehabilitation im SGB V an die bereits im SGB VI vorgenommenen Regelungen weiter angepasst. Halten Sie diese neuen Regelungen im SGB V für sachgerecht und ausreichend?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ein Teil der Regelungen aus dem SGB VI, aus dem Flexirentengesetz, wird in der Tat ins SGB V übertragen. Die Aufhebung dieser starren Vierjahresgrenze für die erneute Bewilligung von Kinder- und Jugend-Reha ist sehr positiv zu bewerten. Wir bitten da aber um zwei weitere Punkte, die im SGB VI sehr gut geregelt sind, ebenfalls ins SGB V zu übertragen. Das ist die Mindestdauer von vier Wochen für die Kinder- und Jugend-Reha sowie die Aufhebung der Altersgrenze von 27 Jahren. Also SGB V und SGB VI müssen hier wirklich gleichziehen. Ich kann das auch nochmal vor dem Hintergrund sagen, dass die Kinder- und Jugend-Reha-Einrichtungen alle Versorgungsverträge nach beiden Gesetzen haben.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Ich habe noch eine ganz kurze Frage an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf beschäftigt sich nicht nur mit Intensivpflege und Rehabilitation, sondern auch mit der zahnärztlichen Versorgung. Wie bewerten Sie die Regelung im Gesetzentwurf der Bundesregierung zu § 105 SGB V wonach die vertragszahnärztliche Versorgung durch das Instrument eines Strukturfonds bei den KZVen ergänzt werden soll?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Strukturfondskonstruktionen haben immer auch die sinnvolle Absicht Versorgungslücken und Versorgungsdefizite in bestimmten Regionen ein Stück weit zu beseitigen. Mit Blick auf die zahnmedizinische Behandlung muss man deutlich machen, dass wir keine Niederlassungssteuerung in vergleichbarer Weise wie für die vertragsärztliche Versorgung haben. Wir haben hier weitgehend Niederlassungsfreiheit. Wenn man sich sozusagen auf Fragen der



Strukturfondskonstruktion einlässt und das regelt, dann setzt das voraus, und diese Voraussetzung ist nicht gegeben, dass man auch im Bereich der Zulassung bei den Zahnmedizinern dazu übergeht, Regionen mit Überversorgung zu schließen. Sonst hätten wir den Effekt, wir haben einerseits Förderungen über einen Strukturfonds in unterversorgten Regionen, steuern aber in der Frage der Überversorgung beispielsweise in bestimmten Großstädten mit lukrativem Milieu überhaupt nicht. Das ist mit Blick auf eine vernünftige Versorgungsstruktur und wirtschaftliche Mittelverwendung der Beitragszahler in sich nicht schlüssig und deshalb muss das eigentlich in ein Gesamtkonzept und nicht als Einzelmaßnahme geregelt werden.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und an den MDS. Was wird in Zukunft passieren, wenn der MDK bei seiner Begutachtung eine nicht dauerhaft sichergestellte Versorgung in der Häuslichkeit feststellt? Kann dann der Patient in eine stationäre Pflegeeinrichtung verwiesen werden, so wie es der Gesetzentwurf für Patienten vorsieht, die dem MDK den Zutritt zur Wohnung verweigern? Wenn das so ist, wie läuft das dann konkret ab, wenn der Patient sich weigert dem nachzukommen? Werden zunächst alle finanziellen Möglichkeiten des Patienten ausgeschöpft und springt nachher die Sozialhilfe ein, wenn der Patient sich weigert in ein Pflegeheim zu gehen?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich will das an ein paar Grundprinzipien nochmal deutlich machen. Also erstens gehe ich nicht davon aus, dass bei Feststellung von Defiziten in der Qualität und Dauerhaftigkeit der Versorgung es eine schwarz-weiß Sichtweise gibt, sondern es wird ein Beratungs- und Veränderungsprozess gemeinsam mit dem Pflegedienst und mit den Betroffenen organisiert. Erst wenn das dauerhaft, nach gründlicher Verbesserungssuche und Durchführung nicht gelingt, gibt es eine grundsätzliche Problematik. Zweitens, es ist angesprochen worden die Frage des Zugangs. Ich will nochmal daran erinnern. Wir mussten in der Vergangenheit leider zu Kenntnis nehmen, dass Betreiber von ambulanten Pflege-WGs, ich benutze den Begriff nicht gerne, sehr systematisch Betroffene informiert haben, dass der Zutritt zur Wohnung möglicherweise abzulehnen ist.

Das geschah nicht aus einem ehrenhaften Motiv von Grundrechtsschutz oder Patientenorientierung, sondern das geschah, um bestimmte Verhältnisse intransparent bleiben zu lassen. Insofern ist es in letzter Konsequenz richtig, diesen Zugang zu ermöglichen und mit einer Sanktion zu versehen, dass nämlich dann der Leistungsanspruch verfällt. Ich will erinnern, ich glaub Frau Dr. Fix hat es gesagt, wir haben eine solche Regelung auch im SGB XI, wo gesagt wird, es gilt letztendlich ein sehr vorsichtiger Umgang mit Grundrechten, aber wenn Gefahr im Verzug ist, müssen auch aus Schutzinteresse bestimmte Möglichkeiten bestehen. Die Mitwirkung an der Leistungsgewährung, auch für den Versicherten und sein Umfeld, ist im Übrigen ein vernünftiges Grundprinzip, das durch viele Rechtsansprüche im Sozialrecht normiert ist. Ich bin nicht der Auffassung, dass es in diesem Bereich keine Rolle spielen sollte.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Bei dem Begutachtungsverfahren, das wir durchzuführen haben, gehen wir vom Selbstbestimmungsrecht des Versicherten aus. Der Versicherte wählt den Leistungsort und es ist geklärt, dass eine Versorgung hier notwendig ist. Was wir vorschlagen ist, dass zeitversetzt geschaut wird, ob die Qualität besteht und da werden wir, wie in allen Begutachtungen und Qualitätssicherungsverfahren klare Kriterien definieren, die wir in anderen Begutachtungsbereichen auch kennen. Man muss ehrlicherweise sagen, in einem Teil der Einrichtungen, ich betone das, sind wir ja in der Vergangenheit auch in Qualitätsprüfung auf signifikante Defizite gestoßen und deshalb werden wir auf die Situation treffen. Wenn der MDK dann feststellt, dass hier die Versorgung nicht in adäquater Weise sichergestellt ist, haben wir eine Faktenlage und diese Faktenlage ist kein Automatismus, sondern diese Faktenlage erzeugt die Notwendigkeit, dass alle Beteiligten sich zusammensetzen und diskutieren, wie die Situation verbessert werden kann. Da ist natürlich der erste Weg zu gucken, wie können die Mängel hier beseitigt werden mit dem Partner, der heute die Versorgung übernimmt. Wenn der Dienst, der heute die Versorgung übernimmt, das nicht schafft, dann ist als zweite Alternative zu prüfen, ob man in die Häuslichkeit einen anderen Dienst hereinholt und schaut, ob der eine entsprechende Versorgung erzielt. Dann hätte man hier im Sinne des



Versicherten eine Lösung erzeugt. Was in keinem Fall intendiert ist, ist ein Automatismus, bei festgestelltem Defizit ist der Weg in die stationäre Versorgung gebahnt. Das ist nicht die Gesetzeslinie und das wird auch nicht die Lage sein, die dann alle Beteiligten, die Krankenkassen, die behandelnden Therapeuten, der beteiligte Pflegedienst und natürlich die Betroffenen, wenn gewünscht auch mit dem MDK zusammen, diskutiert. Man wird einen konstruktiven Weg der Verbesserung finden. So habe ich das Gesetz gelesen und nicht in dem Sinne, dass hier ein Automatismus ausgelöst werden soll. Von daher halten wir diese Abwägungsprozesse für sehr ausgewogen gestaltet.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die nächste Frage geht an den Arbeitgeberverband Pflege und an den GKV-Spitzenverband. Im MERKUR konnte man am 13. August 2019 lesen, dass die häusliche Intensivpflege bis zu 25 000 Euro pro Monat kosten kann. Die stationäre Intensivpflege schlägt dagegen mit 6 500 Euro zu Buche. Welche Erfahrung haben Sie mit den monatlichen Kosten in Bezug auf die häusliche und stationäre Intensivpflege, sowie mit der Versorgung in sogenannten Intensivpflege-Wohnheiten und können Sie vielleicht ein paar Beispiele für diesen gewaltigen Kostenunterschied nennen?

Sve **Isabell Halletz** (Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP)): In der Tat gibt es momentan immer noch diese großen Kostenunterschiede. Das liegt unter anderem daran, dass die aktuelle Gesetzgebung „ambulant vor stationär“ auch bei der Kostenaufteilung greift. Sprich, im stationären Bereich kommen häufig sehr hohe Kosten als Eigenanteile für die Pflegebedürftigen auf. Die Plätze sind sehr teuer, weil es sehr spezialisierter Wohnbereiche bedarf, die spezialisiert ausgestattet sind und in denen qualifiziertes Personal vorgehalten werden muss. Dafür gibt es auch entsprechende Verträge mit den Kostenträgern nach § 132a SGB V. Dementsprechend hoch sind die Kosten für diesen Bereich, weil, wie auch schon von einer Vorrednerin erwähnt, die Kostenübernahme im stationären Bereich gedeckelt ist auf inzwischen 5 000 und 6 000 Euro. Das ist ganz unterschiedlich, weil die einzelnen Vergütungen mit den Krankenkassen verhandelt werden in diesen Vergütungsverträgen. In der ambulanten Pflege ist es häufig so, dass auf

Grundlage des MDK-Gutachtens die Kostenübernahme in der Regel zu 100 Prozent erfolgt, das heißt dort deutlich höhere Kosten für die Krankenversicherung entstehen. Daher kommen auch die großen Kostenunterschiede, die dort in den verschiedenen Bereichen zu tragen sind.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich kann mich relativ knapp fassen. In der Tat, wir haben sehr unterschiedliche wirtschaftliche Auswirkungen, sowohl für den Bereich der stationären Versorgung als auch für den Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung. Das ist genau der Grund, weshalb wir begrüßt haben, dass dieser Gesetzentwurf genau diese Fehlanreize beseitigen will. Das macht wirklich Sinn und ist notwendig. In der Tat, die Beträge, Herr Abgeordneter, 25 bis 30 000 Euro im Bereich der ambulanten intensivmedizinischen Betreuung pro Monat sind Fakten und Daten, die ich von unseren Mitgliedschaften höre. Deshalb macht es wirklich Sinn auch im Bereich der stationären Pflege ein wirtschaftlich anderes Prinzip zur Geltung zu bringen und deshalb begrüßen wir ja auch diese vorgesehene Regelung im Gesetzgebungsentwurf.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die nächste Frage geht an den Arbeitgeberverband Pflege und an den Deutschen Pflegerat. In der Gesetzesvorlage wurde ausgeführt, dass vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels in den Pflegeberufen es wichtig ist, die vorhandenen Fachkräfte möglichst so einzusetzen, dass allen Versicherten eine bestmögliche Versorgung ermöglicht wird. Die stationäre Versorgung, die grundsätzlich einen effizienten Einsatz des vorhandenen Pflegepersonals ermöglicht, soll daher gestärkt werden. Jetzt die Fragen: Welche Erfahrung haben Sie? Ist es Pflegerinnen und Pflegern tatsächlich gleich, ob sie im ambulanten oder im stationären Bereich eingesetzt werden? Gibt es dazu Erhebungen? Gibt es dazu Meinungsäußerungen? Welche Präferenzen haben ihre Pflegefachkräfte in Bezug auf ihre Einsatzbereiche? Wie viele möchten lieber ambulant, wie viele stationär arbeiten? Welche Beweggründe geben die Mitarbeiter dafür an?



SVe **Isabell Halletz** (Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP)): Ich mache es ganz kurz. Welches Personal entsprechend in den stationären und ambulanten Einrichtungen eingesetzt wird, das regeln die Versorgungsverträge. Das Wunsch- und Wahlrecht der Pflegekräfte wird berücksichtigt. Es bedarf aber einer entsprechenden Qualifikation mit intensivpflegerischer Spezialisierung, um genau in diesen Bereichen zu arbeiten. Das wird auch durch die Heimaufsicht beispielsweise im stationären Bereich kontrolliert. Wir sehen im Gesetzesentwurf keine Beschränkungen, warum in diesen Bereich nicht gewechselt werden kann, wenn eine entsprechende Qualifizierung vorliegt.

SV **Sven Liebscher** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Welche Präferenz die Pflegekraft hat, in welchem Bereich sie tätig ist, das obliegt ihr selbst. Pflegekräfte stellen sich tatsächlich die Frage, unter welchen Bedingungen in welchem Bereich will ich arbeiten. Da kommt es dann letztlich im stationären Bereich darauf an, wie viele Patienten eine Pflegekraft zu versorgen hat im Vergleich zum ambulanten Bereich. Möglicherweise macht das dann irgendwie auch die Entscheidung derer aus. Qualifikationstechnisch muss man dazu sagen, dass es ganz klar geregelt sein muss, dass im Prinzip die Qualifikationen der Pflegekräfte im stationären Bereich identisch derer im ambulanten Bereich sein müssen, wo es bisher Regelungen gibt, wo es Verträge gibt, die mit den einzelnen Krankenkassen oder mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen getroffen worden sind und wo es jetzt auch eine Bundesrahmenempfehlung für die Intensivpflege mit Qualifikationsniveaus gibt.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Sebastian Lemme und an die BAGFW. Aufgrund der zukünftigen Leistungsbeschränkung der Krankenkassen auf die Erstattung lediglich der Leistung der medizinischen Behandlungspflege übt das IPReG mittelbar einen gewaltigen wirtschaftlichen Zwang auf die Betroffenen aus, die aktuell in ihrer Häuslichkeit versorgt werden. Teilen Sie meine Befürchtung, dass Betroffene deshalb ihre Häuslichkeit aufgeben und in eine vollstationäre Versorgung wechseln müssen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ja, in der Tat, ich hatte es vorhin auch schon erwähnt, benachteiligt das Gesetz die häuslich versorgten Menschen finanziell. Zunächst, das möchte ich deutlich sagen, begrüßen wir wirklich sehr, dass der Gesetzgeber die Zuzahlungsregelungen im stationären Bereich so großzügig ausgestaltet hat. Das war überfällig. Das ist hier keine Kritik an den Zuzahlungsbegrenzungen im stationären Bereich. Aber ich möchte es nochmal wiederholen. Es darf keine Benachteiligung häuslich versorgter Menschen in Bezug auf die Zuzahlungen geben. Hier brauchen wir eine Begrenzung auf die ersten 28 Kalendertage, zumal wir nicht wissen, wie viele Verordnungen ausgestellt werden. Bei jeder Verordnung fallen nach der vorgesehenen Gesetzeslage 10 Prozent der Kosten und 10 Euro pro Verordnung an. Das ist der erste Punkt. Der zweite Punkt betrifft das Thema Verweisung auf stationäre Versorgung. Auch wenn es kein Automatismus ist, sieht das Gesetz eben einige Stellschrauben vor, die das Wunsch- und Wahlrecht der Versorgung am Leistungsort einschränken. Ich möchte auch das nochmal wiederholen. Wenn Mängel bei der persönlichen Begutachtung festgestellt werden, dann sind diese Mängel am Leistungsort abzustellen. Das haben auch Herr Kiefer und Herr Dr. Pick betont. Das sollte das Gesetz auch vorsehen. Deswegen brauchen wir hier einfach nochmal ein paar andere Formulierungen. Diese betreffen auch die Mitwirkungsrechte des SGB I, die dann die Rechtsfolge haben, dass Menschen auch in die stationäre Versorgung verwiesen werden dürfen. Ich hatte vorhin als wichtigen Punkt noch nicht erwähnt, dass nämlich diese Mitwirkungspflichten sogar noch durch Dritte beeinflusst werden können nach Ziffer 2 von am wohnraumberechtigten Personen. Es kann nicht sein, dass Mitwirkungspflichten von Versicherten durch Dritte mit der Rechtsfolge beeinträchtigt werden, dass dann die Versorgung am gewünschten Leistungsort nicht möglich ist. Das sind die wesentlichen Punkte, für die wir dringend eine Re-Formulierung brauchen. Ich verweise an dieser Stelle auf unseren Formulierungsvorschlag in der Stellungnahme.

ESV **Sebastian Lemme**: Wir teilen Ihre Sorge. Wir sehen eine massive Verschlechterung der Leistung durch Einschränkung auf die medizinische Be-



handlungspflege gegenüber dem aktuellen Anspruch der Versicherten, der sich auf Behandlungspflege bezieht. Wir möchten zunächst erst einmal betonen, dass wir seit 2016 diesen Anspruch, der auch für die Betroffenen, die sich in vollstationären Einrichtungen versorgen lassen, gilt. Wir kämpfen dafür seit 2016. Seit 2007 ist er mit dem GKV-WSG eingeführt worden. Er ist aber ignoriert worden. Das hat dazu geführt, dass unsere Betroffenen, die sich in vollstationären Einrichtungen versorgen lassen, nachhaltig mit erheblichen Eigenleistungsanteilen belastet wurden. Wir haben immer gefordert, dass die Eigenleistungsanteile in der vollstationären Versorgung deutlich verringert werden müssen, damit sich ein Wettbewerb zwischen den ambulanten und vollstationären Versorgungseinheiten einstellen und damit auch entsprechend ein qualitatives Wachstum einhergehen kann. Mit der jetzt vorgenommenen Verkürzung auf die Leistung lediglich der medizinischen Behandlungspflege sehen wir die Situation, dass durch körperbezogene Pflegemaßnahmen wir in die Situation kommen, dass Menschen, die sich in der Häuslichkeit versorgen lassen, mit massiven Eigenleistungsanteilen in einem Bereich von 2 000 bis 6 000 Euro pro Monat belastet werden könnten. Das führt dann im Ergebnis dazu, dass die freie Wahl des Versorgungsortes letztendlich unmöglich gemacht wird. Das ist eine ähnliche Situation, wie wir sie damals in vollstationären Einrichtungen erleben mussten. Deswegen fordern wir als zwingende Maßnahme in § 37c Absatz 1 Satz 3 SGB V das Wort „medizinische“ vor der Behandlungspflege zu streichen, damit die Versicherten wieder einen umfänglichen Anspruch auf Behandlungspflege haben, der sich patientenzentriert an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert und ihnen aufgrund ihrer Krankheit entsprechend angepasste Pflegeleistung umfänglich zu bekommen lässt.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine nächste Frage geht an die Bundesvereinigung Lebenshilfe. Wir haben eine öffentliche Anhörung, die aber nicht zeitgleich übertragen wird. Die Betroffenen-Verbände sind nicht eingeladen worden beziehungsweise konnten nicht eingeladen werden. Sehen Sie angesichts der Corona-Bedingungen eine angemessene Beteiligung von Betroffenen am Gesetzgebungsprozess?

SVe **Lilian Krohn-Aicher** (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.): Wir finden angesichts der derzeitigen Situation, dass eine ausreichende Beteiligung der Betroffenen nicht möglich ist. Sie können sich, unabhängig von der Beteiligung der Betroffenen-Verbände, die teilweise nicht eingeladen wurden, nicht an Demonstrationen beteiligen, weil sie sich einfach in der derzeitigen Situation nicht versammeln wollen. Sie sind da sehr in ihrem Mitteilungsrecht und in ihren Mitteilungsmöglichkeiten eingeschränkt. Zudem haben sie auch nicht unbedingt die Zeit dazu, sich an Gesetzgebungsprozessen zu beteiligen und sich zu äußern, weil sie derzeit mit anderen Problemen beschäftigt sind, nämlich mit ihren gesundheitlichen Sorgen, die sich durch die jetzige Situation noch verstärkt haben.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Würden Sie empfehlen den Gesetzgebungsprozess vor diesem Hintergrund auszusetzen?

SVe **Lilian Krohn-Aicher** (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.): Ja, das würden wir empfehlen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Sebastian Lemme. Die Versorgung von Menschen mit Intensivpflegebedarf ist eine hochkomplexe Tätigkeit, die ein hohes Ausbildungsniveau auf Seiten der betreuenden Pflegefachkräfte voraussetzt. Ist dies durch den Gesetzentwurf Ihrer Auffassung nach sichergestellt?

ESV **Sebastian Lemme**: Wir sehen zwei Probleme. Zum einen sehen wir durch die Beschränkung, wie ich es eben beschrieben habe, zukünftig für die medizinische Behandlungspflege das Problem, dass die Arbeitgebermodelle im Bereich der Behandlungspflege, die aktuell gut durchgesetzt und umgesetzt werden können, in große Schwierigkeiten kommen, weil die medizinische Behandlungspflege Qualifikationen voraussetzt, die im Bereich der Arbeitgebermodelle, wo viel auch durch eingeübte Assistenz vorgenommen wird, nicht mehr möglich sein wird. Darüber hinaus müssen wir feststellen, dass zum derzeitigen Zeitpunkt durch die Verträge, die mit den Leistungserbringern und den Krankenkassen geschlossen werden, hohe qualitative Anforder-



derungen insbesondere an ambulante Intensivpflegeleistungen bestehen. § 275b SGB V ist ein Beispiel dafür, wie sorgfältig und mit welchem hohem Prüfniveau diese Dienste entsprechend umgehen müssen. Es zeigt sich, dass diese Verhältnisse parallel angewandt werden müssen, wenn man die vollstationäre Versorgung weiter ausbaut.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine weitere Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Sebastian Lemme. Im vorliegenden Gesetzentwurf werden konkrete Anreize gesetzt, mit dem das Weaning-Potenzial der Betroffenen besser ausgeschöpft werden soll. Wie wird sich das auf das Weaning und die Erfolgsquote auswirken?

ESV **Sebastian Lemme**: Das Problem ist, dass wir zurzeit nicht wissen, wo wir uns vom Standort her bewegen. Das heißt, wir kennen nicht die Zahlen und wir haben keine Basis, von der wir ausgehen können. Wir erleben im Gesundheitssystem nach Festlegung höherer Vergütung oder Steigerung der Lukrativität, dass das regelmäßig zu erhöhten Fallzahlen in dem Bereich führt. Es steht also zu befürchten, dass einige Träger nach einer Operation die Beatmung ansetzen werden, weil diese lukrativ ist. Das heißt, wir gehen davon aus, dass die Fallzahlen dann deutlich steigen werden. Gleichzeitig werden sich im Zweifel Erfolgsquoten verbessern, weil man letztlich im Zweifel unnötig beatmete Patienten nun einfach rehabilitieren kann, weil sie im Endeffekt keiner Beatmung nach der Operation bedürftig hätten. Das heißt, hier sehen wir ein Potenzial an zusätzlichen Fehlanreizen, die im Ergebnis dazu führen könnten, dass sich tatsächlich Beatmungen ausweiten werden und zukünftig im Zweifelsfall beatmet wird, während man heute im Zweifel eher zurückhaltend wäre.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Da die Verbindung relativ schlecht ist und ich gerade die Mitteilung bekommen habe, dass meine Kollegin Pia Zimmermann leider in Teilen der Anhörung gar nicht folgen konnte, werde ich jetzt die Fragen stellen. Ich möchte aber vorab doch die kritische Bemerkung machen, dass es in der Tat sehr, sehr schwierig ist, hier von einer wirklich öffentlichen Anhörung zu reden, da Teile der Öffentlichkeit kaum Zugang haben oder die Öffentlichkeit nicht

hergestellt worden ist. Meine Frage richtet sich an die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben. Bezüglich der Behandlung in den eigenen Häuslichkeiten gibt es im IPRG Verbesserungen gegenüber dem Entwurf des Vorgängergesetz, dem GKV-Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz. Warum bezeichnen Sie dennoch die jetzt gefundene Regelung immer noch als menschenrechtsverletzend?

Sve **Dr. Sigrid Arnade** (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)): In Teilen stellt das Gesetz in seiner jetzigen Form einen Frontalangriff auf die Würde von intensivpflegebedürftigen Menschen dar. Es verschlechtert die derzeitige Rechtslage zu Lasten dieser besonders vulnerablen Personen. Dazu nenne ich drei Beispiele. Erste Menschenrechtsverletzung: Künftig soll der MDK und damit sollen letztlich die Krankenkassen entscheiden, ob jemand zu Hause leben darf, der intensivpflegebedürftig ist oder ins Heim muss. Das widerspricht der UN-Behindertenrechtskonvention. Dort ist das Menschenrecht auf freie Wahl von Wohnort und Wohnform normiert worden. Das heißt, die notwendige Assistenzpflege-Hilfe muss der selbstgewählten Wohnform folgen und nicht umgekehrt. Zweite Menschenrechtsverletzung: Gleichzeitig soll den zu Hause Lebenden drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes die finanzielle Grundlage entzogen werden. Herr Lemme hat das eben schon gesagt. Die Leute werden mit ein paar tausend Euro pro Monat mehr belastet und werden ins Heim gezwungen, denn die Sozialhilfe wird das vermutlich nicht übernehmen. Diese massive Einschränkung ihres Selbstbestimmungsrechts ist eine Verletzung der Würde der Betroffenen. Das ist nicht vereinbar mit Grund- und Menschenrechten. Nach der UN-Behindertenrechtskonvention muss diese zwar nicht sofort in Gänze umgesetzt werden, aber Verschlechterungen darf es auf keinen Fall geben. Zur dritten Menschenrechtsverletzung: Selbstbestimmung und De-Institutionalisierung sind tragende Konzepte der UN-Behindertenrechtskonvention. Auch das deutsche Recht kennt den Pflegegrundsatz „ambulant vor stationär“. Dem gegenüber findet sich in der Gesetzesbegründung der erstaunliche Satz: „Die stationäre Versorgung soll gestärkt werden.“ Dabei sind die Versorgungsmängel im stationären Bereich bekannt. Mängel kommen vor allem im stationären Bereich vor. Betroffene berichten von massiven Einschränkungen ihrer Lebensqualität in stationären Einrichtungen.



Es ist auch bekannt, dass die Überlebenszeit in Heimen nur wenige Monate beträgt. Damit komme ich zum Schluss. Warum das alles? Nur um Geld zu sparen? Sind wir wirklich schon wieder soweit, dass schwerkranke Menschen aus Kostengründen aussortiert und weggesperrt werden? Diesem Gesetzentwurf kann unserer Meinung nach kein Bundestagsabgeordneter guten Gewissens zustimmen. Es besteht kein Zeitdruck. Deshalb, bitte verweigern Sie diesem Gesetz Ihre Zustimmung und beginnen Sie den Erarbeitungsprozess von vorne – diesmal unter wirksamer Beteiligung der Betroffenen, wie es vorgeschrieben ist!

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Die nächste Frage richtet sich an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Wie bewerten Sie die geplante volle Kostenübernahme der Intensivpflege in Pflegeheimen durch die GKV und welcher Handlungsbedarf entsteht daraus?

Sve **Christine Eberle** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Laut Gesetzentwurf umfasst die von der Krankenversicherung getragene Intensivpflege, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird, also unter Anrechnung des Teils der Pflegeversicherung, auch die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, der betriebsnotwendigen Investitionskosten und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und das vollumfänglich. Ganz klar sollen hier bisher bestehende finanzielle Nachteile in der stationären beziehungsweise vollstationären Versorgung intensivpflegebedürftiger Menschen ausgeglichen werden. Die finanziellen Nachteile, die bisher bestehen, sollen sich quasi angleichen, weil die Pflege-Wohngemeinschaften bisher so viel preiswerter waren als die stationäre Pflege. Das ist aus unserer Sicht gut und richtig. Nun schießt die Regelung aber über das Ziel hinaus, weil sie einen finanziellen Anreiz dazu bietet, ins Pflegeheim umzuziehen oder umziehen zu müssen. Das ist schwierig, da der seit Jahren eingeübte Grundsatz „ambulant vor stationär“ auf den Kopf gestellt wird. Auch fehlt der Nachweis, dass die intensivpflegerische Versorgung im Pflegeheim regelhaft besser, sicherer oder selbstbestimmter ist als zu Hause. Ich möchte noch auf den Punkt der finanziellen Ungleichbehandlung hinweisen. Zu Hause und in Wohngemeinschaften wird die medizinische Behandlungspflege von der Krankenver-

sicherung bezahlt. Selbstverständlich gilt das nicht für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Das gilt auch bei Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Wer sich dafür entscheidet, zu Hause zu wohnen, muss die üblichen Zuzahlungen leisten und zwar künftig, Frau Dr. Fix hat es schon gesagt, auch über die 28 Tage hinaus. Während für Pflegeheimbewohner in stationären Einrichtungen die 28-Tage-Regel gelten soll. Hier liegt also eine explizite Schlechterstellung vor. Die Neuregelung ist auch problematisch hinsichtlich der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen ohne Intensivpflegebedarf. Sofern sie nämlich keinen besonders hohen Versorgungsbedarf haben, müssen sie seit Jahrzehnten die Kosten der medizinischen Behandlungspflege selbst tragen beziehungsweise sich daran beteiligen. Das PpSG hat diesen Umstand teilweise anerkannt, ihn aber strukturell nicht beseitigt. Zu diesen Kosten kommen natürlich noch die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Die mehrfache Besserstellung der stationären Pflegeheimversorgung für Menschen mit Intensivpflegebedarf ist sachlich somit nicht gerechtfertigt und ungerecht. Jedenfalls die medizinische Behandlungspflege sollte endlich unabhängig vom Wohnort für alle von der GKV übernommen werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Sebastian Lemme. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme von einer motivgesteuerten Gesetzesinitiative, deren Ziele sich nicht realisieren lassen und die neue Fehlanreize schafft. Bitte begründen Sie diese relativ harte Entscheidung.

ESV **Sebastian Lemme**: Zunächst zu unserer Aussage „motivgeleitet“. Die Antworten der Bundesregierung auf die Kleinen Anfragen der Linken und von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben ein großes Erkenntnisdefizit aufgezeigt. Wir haben zu diesem Zeitpunkt in bestimmten Fragen oder in bestimmten Positionen keinerlei wissenschaftliche Erkenntnisse. Dennoch greift das IPReG mit intensiven Regelungen in die Versorgungsstrukturen ein. Das ist das Erste, bei dem wir sagen, dass es ohne wissenschaftliche Empirie nur bei einer motivgesteuerten Gesetzesinitiative bleibt. Zum ersten Punkt, der Vermeidung von Abrechnungsbetrug: Wir sind der festen Überzeugung, dass das Einzige, was



Abrechnungsbetrug gut und wirksam bekämpfen kann, die Wahlfreiheit der Betroffenen ist, sich von schlechten und betrügerischen Angeboten loszulösen, indem man ein alternatives Angebot wählen kann. Die Wahlfreiheit beziehungsweise die Wahlmöglichkeit ist hier die wesentliche Voraussetzung. Wir sehen, dass Betrugsbekämpfungen nicht die Aufgabe des SGB V ist, sondern wir erkennen, dass das immer noch der Strafgesetzgebung obliegt. Es muss in der Tat in solchen Fällen, wo Betrug stattfindet, auch entsprechend nachhaltig gewirkt sowie verfolgt und geahndet werden. Zum zweiten Punkt: Wir haben die Situation, die ich vorhin beschrieben habe, bereits im Weaning. Wir haben nicht die Verbindung, dass mehr Geld in einem Bereich zu besseren Ergebnissen führt. Das ist nicht der Fall. Deswegen ist es wichtig, dass wir zunächst erstmal klären, wie viele Weaning-Fälle wir haben und wie viele Leute davon betroffen sind. Es fehlt wieder an der Basis und deswegen kann man keinen Weg aufzeigen. Der letzte Punkt, und das will ich sagen, ist die Allokations-Funktion, die angedacht ist. Wir haben es in Ansätzen vorhin schon gehört. Wir müssen davon ausgehen, dass eine wesentliche Zahl der Pflegefachkräfte, die zurzeit in der Häuslichkeit tätig sind, die sich bewusst gegen vollstationäre Strukturen der Pflege für ihren beruflichen Tätigkeitsschwerpunkt entschieden haben, nicht bereit sein werden, mit ihren Betroffenen „mitzuziehen“. Das heißt, dass sie entweder in den Vorruchstand gehen oder alternative Beschäftigungsangebote außerhalb der Pflege wählen werden. Das bedeutet, dass sich der Fachkräftemangel weiter verschärfen wird.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Horst Frehe. Für uns Grüne ist die Selbstbestimmung eines jeden Menschen ein hohes Gut. Wie bewerten Sie die Umsetzung dieses Grundsatzes, insbesondere vor dem Hintergrund der selbstbestimmten Wahl des Wohn- und Lebensortes? Um das ein bisschen zu präzisieren, inwieweit ist gewährleistet, dass Betroffene unabhängig des Versorgungsbedarfs und der Wohnform gleichbehandelt werden, zum Beispiel bei den Zuzahlungen? Wie ist sichergestellt, dass Betroffene keine Nachteile aufgrund der Wahl des Ortes der Leistungserbringung haben? Inwiefern ist durch den Gesetzentwurf gewährleistet, dass Be-

troffene den Ort der Leistungserbringung tatsächlich selbstbestimmt wählen können?

ESV **Horst Frehe**: Ich vertrete eine Vielzahl von Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen und fortschreitenden körperlichen Beeinträchtigung auf Intensivpflege angewiesen sind und ihre Assistenz in ihrer eigenen Häuslichkeit organisieren. Grundsätzlich finden wir es positiv, dass in dem neuen Entwurf die Leistungsorte gleichberechtigt nebeneinander stehen. Bei dem Wunsch- und Wahlrecht, darauf haben schon Frau Eberle und Frau Dr. Fix hingewiesen, gibt es aber keine Gleichstellung. Die Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechtes, also dass die Betroffenen nachweisen müssen, dass eine Leistungserbringung dort mit einem ausreichenden qualitativen Standard realisiert werden kann, sieht ja nicht mal der MDK so. Man kann das nicht prospektiv machen, sondern kann im Nachhinein kontrollieren, ob diese Leistungserbringung ordentlich verläuft und gut möglich ist. Frau Eberle hat bereits darauf hingewiesen, dass das SGB I ausreichende Vorschriften vorsieht, die Leistungserbringung dann einzuschränken, wenn die Mitwirkung nicht in ausreichendem Maße erfolgt. Wir haben überhaupt nichts dagegen, dass der MDK überprüft, ob die Leistung angemessen ist und die Leistung sorgfältig erbracht wird. Im SGB I ist sehr gut geregelt, was passieren kann. Da kann die Leistung entzogen werden, solange die Mitwirkung nicht hergestellt ist. Es kann aber nicht sein, dass das von Dritten abhängt. Wir sind der Auffassung, dass eine Regelung der Qualitätsüberprüfung nochmal neu gestaltet werden muss. So, wie es im Augenblick ist, stellt es eine klare Diskriminierung insbesondere der Personen dar, die ihre Intensivpflege im Rahmen der persönlichen Assistenz organisieren. Das war bisher nur über § 37 Absatz 4 SGB V möglich. Die Krankenkassen konnten in der Regel nicht das geeignete Pflegepersonal zur Verfügung stellen. Mit diesen finanziellen Mitteln, die die Krankenkasse dann ausgezahlt hat, war es dann möglich, die Assistenz für eine Intensivpflege selbst zu beschäftigen. Diese Vorschrift ist in § 37c SGB V nicht vorgesehen. Die muss zumindest durch einen Verweis auf § 37 Absatz 4 SGB V sichergestellt werden. Viele Menschen, die ich kenne, die gerade beatmet werden und die Assistenz im Rahmen des Arbeitgebermodells organisieren, befürchten, dass sie mit der Verweisung auf eine stationäre Einrichtung um ihr Leben gebracht werden. Viele Leute wissen,



dass sie in Einrichtungen besonders gefährdet sind, weil sie dort Infektionen stärker ausgesetzt sind und aufgrund ihrer starken, fortgeschrittenen Erkrankung das häusliche Umfeld brauchen, um sicher leben zu können. Sie wollen aber auch selbstbestimmt leben. Dieses selbstbestimmt Leben setzt voraus, dass sie ihre Arbeitskräfte, ihre Pflegekräfte, selber einstellen und damit ihre gesamte Assistenz sicherstellen können. Deshalb sind wir der Auffassung, dass hier nachgebessert werden muss. Einmal durch den Verweis auf § 37 Absatz 4 SGB V und einmal um den Versorgungsauftrag der Krankenkasse bei der Abstellung von Pflegemängeln sicherzustellen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den bpa. Wie bewerten Sie eine Verschiebung der Kompetenzen der Rahmenempfehlungen zugunsten des G-BA, obgleich, darauf hat auch schon Frau Dr. Fix hingewiesen, dort keine pflegerische Kompetenz berücksichtigt wird?

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Der G-BA hat in seiner Regelungskompetenz die Festlegung der Qualität der Pflegekräfte nach § 37 Absatz 1 Nummer 3 SGB V erhalten. Daher ist der G-BA an der Stelle gefragt. Gleichzeitig ist die Regelungskompetenz nach § 132j Absatz 2 Nummer 1 SGB V den Vertragsparteien, also auch den Pflegeverbänden, zugeordnet. Das führt einerseits zu einer doppelten Regelungskompetenz sowie zu Konflikten über diese Reichweite und über die jeweilige Regelungskompetenz. Aufgrund der Zusammensetzung des G-BA, auch das wurde schon angesprochen, in dem sowohl die Pflegekräfte als auch die Pflegeverbände nicht vertreten sind, halten wir es für nicht angemessen, die Qualifikationsfrage der Pflegekräfte in der Richtlinie des G-BA zu regeln, sondern wir sind der Auffassung, dass das weiterhin in der Regelungskompetenz und in der Regelungshoheit der Rahmenempfehlungspartner nach § 132j Absatz 1 SGB V verortet bleiben muss.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die BAGFW. Die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nehmen derzeit ihren Betrieb unter Corona-

Bedingungen wieder auf. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sich aus der neuen Versorgungssituation Probleme ergeben, die voraussichtlich gesetzgeberischem Handlungsbedarf nach sich ziehen. Können Sie das bitte kurz ausführen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir sind sehr froh, dass die Reha-Einrichtungen wieder ihren Normalbetrieb unter Corona-Bedingungen aufnehmen. Das bedeutet aber, dass weniger Rehabilitanden versorgt werden können. Das hängt mit den Abstandsregelungen sowie damit zusammen, dass wir kleinere Gruppengrößen haben. Die Angebote müssen umstrukturiert und verändert werden. Beispielsweise gib es bei der Essensversorgung statt Buffet nun „Schichtbetrieb“ etc. Wir haben auch höhere Anforderungen an die Hygiene und damit verbunden auch höhere Sachkosten für Schutzmaterialien und Reinigungsmittel zum Beispiel sowie teilweise auch höhere Personalkosten. Wir haben das in der Stellungnahme dezidiert ausgeführt. Kurzum verändert sich die Auslastung in den Reha-Einrichtungen drastisch von 95 Prozent auf eine Quote, die wir noch nicht näher absehen können. Das bedeutet aber auch, dass die Vergütungen angepasst werden können und deswegen bitten wir zu prüfen, wir haben zwei Vorschläge gemacht, wie die Reha-Einrichtungen hier Rahmenbedingungen gesetzlicher Natur bekommen, um mit den Krankenkassen über diese veränderte Vergütungslage ins Gespräch kommen können.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an DEGEMED. Sie kritisieren die Fokussierung auf die geriatrische Reha in Ihrer Stellungnahme. Können Sie erläutern, wo Sie die Probleme sehen und welche Alternativen Sie vorschlagen?

SV **Christof Lawall** (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)): Es geht um den Zugang von Rehabilitanden und um die Reha-Leistung. Hier schlägt das Gesetz vor, es für geriatrische Patienten sehr einfach zu machen. Wir verstehen nicht, warum das nur für geriatrische Rehabilitanden gelten soll. Der gleiche einfache und unbürokratische Weg in die medizinische



Reha sollte auch für alle Indikationen gelten. Ich habe eben schon gesagt, dass deutlich über 80 Prozent der Rehabilitanden in der Zuständigkeit der Krankenkassen außerhalb der Geriatrie sind. Wir sind der Meinung, dass die genauso wie geriatrische Patienten von einem einfachen Zugang profitieren können.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung. Welchen Qualifikationsmix des Personals halten Sie für geeignet, eine hohe Kontinuität sicherzustellen und pflegerische Expertise zu verknüpfen?

SV **Frank Gerhard** (Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB)): Grundsätzlich halten wir die Expertise von professionellen Pflegenden für die geeignete Form. Es gibt allerdings auch Mischteams mit Assistenzkräften, sogenannten Pflegehilfskräften, die sich insbesondere im persönlichen Budget in der Vergangenheit sehr bezahlt gemacht haben. Das

aber dann unter der Kontrolle von professionell Pflegenden. Das ist ein Mix, den wir in dem Kontext bevorzugen würden.

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich darf mich bei allen Beteiligten ganz herzlich bedanken. Wir haben viele neue Eindrücke bekommen, werden das auswerten, und ich denke, dass wir ein gutes Gesetz beschließen werden. Ich beende damit unsere öffentliche Anhörung und wünsche allen noch einen angenehmen Tag.

Schluss der Sitzung: 16:42 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender