

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/11913 –

Aktuelle Situation der außerklinischen Intensivpflege

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Ziel, die medizinisch-pflegerische Versorgung der Betroffenen zu verbessern und das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung besser auszuschöpfen, hat der Gesetzgeber in der vergangenen Wahlperiode das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) verabschiedet, das die außerklinische Intensivpflege (AKI) aus den Regelungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) herauslöst und in eine eigenständige Rechtsvorschrift überführt.

Die außerklinische Intensivpflege setzt eine ärztliche Verordnung voraus, die nunmehr durch besonders qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzten erfolgen muss. Auch Hausärztinnen und Hausärzte können Verordnungen ausstellen, wenn sie über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung und über entsprechende Fachkenntnisse verfügen. Vor jeder Verordnung erfolgt bei beatmeten oder nichtbeatmeten, aber trachealkanülierten Versicherten eine Potenzialerhebung. Im Rahmen der ärztlichen Potenzialerhebung wird überprüft, ob eine Reduzierung der Beatmungszeit bzw. vollständige Entwöhnung der Beatmung, die Entfernung der Trachealkanüle oder die Umstellung auf eine nichtinvasive Beatmung möglich ist.

Aufgrund der zwingenden Verknüpfung von Potenzialerhebungen und Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege und mit Blick auf die zunächst geringe Zahl qualifizierter Ärztinnen und Ärzte, die Potenzialerhebungen vornehmen können, wurden Probleme bei der flächendeckenden Umsetzung der Potenzialerhebung sichtbar, auf die der Gemeinsame Bundesausschuss in § 5a seiner Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege mit einer bis zum 31. Dezember 2024 befristeten Übergangsregelung reagierte.

Die Versorgung der Intensivpatienten erfolgt bislang und noch bis zum 30. Juni 2024 mit Verträgen, Ergänzungsvereinbarungen und Vergütungsvereinbarungen nach 132 a SGB V. Nach § 132 I Absatz 5 SGB V müssen spätestens bis zum 30. Juni 2024 die Verträge zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den zur Versorgung infrage kommenden Leistungserbringern geschlossen werden, die auf den ebenfalls neu geregelten Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege basieren.

Mit Blick auf den nahenden Ablauf beider Fristen und unter Berücksichtigung von Stimmen aus der Praxis, die die Versorgungssicherheit infolge stockender Vertragsverhandlungen und allgemeiner Umsetzungsschwierigkeiten als gefährdet sehen, gilt es nach Ansicht der Fragesteller zu klären, wie die Bundesregierung den gegenwärtigen Stand der Umsetzung bewertet und mit welchen Maßnahmen sie dazu beiträgt, dass die pflegerische Versorgungskontinuität und Versorgungscoordination zum Wohle der überwiegend schwerstkranken Patientinnen und Patienten gewährleistet bleibt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) wurde der Leistungsbereich der außerklinischen Intensivpflege neu geordnet und mit § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in eine eigenständige Rechtsvorschrift überführt. Ziele des GKV-IPReG sind es, die Qualität der Versorgung zu verbessern, Fehlansätze zu vermeiden und das Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial der versorgten Patientinnen und Patienten besser auszuschöpfen. Im Rahmen der gesetzlichen Neuregelungen ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt worden, das Nähere zur Verordnung der außerklinischen Intensivpflege in einer Richtlinie zu beschließen. Die Erstfassung der AKI-Richtlinie wurde am 19. November 2021 beschlossen. Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Leistungserbringerorganisationen auf Bundesebene hatten nach § 132l Absatz 1 SGB V unter Berücksichtigung der AKI-Richtlinie gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit AKI zu vereinbaren. Diese Rahmenempfehlungen sind zum 1. Juli 2023 in Kraft getreten. Auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemäß § 132l Absatz 5 SGB V gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern. Die bisherigen Verträge zur außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung gemäß § 132a Absatz 4 SGB V gelten dabei solange fort, bis sie durch Verträge auf der neuen Rechtsgrundlage nach § 132l Absatz 5 SGB V abgelöst werden, längstens jedoch für zwölf Monate nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen. Somit endet die Umstellungsfrist zum 30. Juni 2024. Die Bundesregierung hat den Umsetzungsprozess des GKV-IPReG aufmerksam beobachtet und eng begleitet. Dies gilt insbesondere für die Vertragsverhandlungen nach § 132l Absatz 5 SGB V, die von den Vertragspartnern der Selbstverwaltung nicht flächendeckend bis zum 30. Juni 2024 abgeschlossen werden konnten. Als Ergebnis eines Gesprächs im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 14. Juni 2024 haben sich beide Vertragsparteien dazu bekannt, dass die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten auch über den 30. Juni 2024 hinaus gesichert bleibt, auch wenn noch nicht überall neue Verträge abgeschlossen werden konnten. Garantieerklärungen der Krankenkassen und der Abschluss von Übergangsvereinbarungen sind hier geeignete Instrumente, um eine kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Vertiefte Erkenntnisse über den Umsetzungsprozess des GKV-IPReG erwartet die Bundesregierung auch aus dem Bericht, den der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Deutschen Bundestag gemäß § 37c Absatz 6 SGB V bis Ende des Jahres 2026 vorzulegen hat. Darin sind u. a. Angaben zur Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle, zur Leistungsdauer und zum Leistungsort zu machen.

Zum Umsetzungsprozess des GKV-IPReG gehört auch eine Stärkung der Beatmungsentwöhnung und der Dekanülierung. In der Vergangenheit wurde zu häufig bestehendes Entwöhnungspotenzial nicht ausreichend getestet und therapeutisch ausgenutzt. Nach internationalem Konsens wird zwischen einfacher,

schwieriger und prolongierter Respiratorentwöhnung* unterschieden, die verschiedene Erfolgsraten aufweisen; insbesondere ist bei der Gruppe der Betroffenen mit einer prolongierten Entwöhnung – infolge bspw. von Grunderkrankungen wie COPD, akuter Pneumonie und schwerer respiratorischer Insuffizienz nach operativen Eingriffen – eine höhere Morbiditäts- und Mortalitätsrate zu verzeichnen (internationale Zahlen zur Mortalitätsrate schwanken zwischen 14 bis zu 50 Prozent).

Hinsichtlich der Qualitätsstandards für die Beatmungsentwöhnung hat die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) im Jahr 2009 das bundesweit arbeitende Kompetenznetzwerk WeanNet mit einer freiwilligen Zertifizierung für spezialisierte Weaningzentren etabliert. Mit den umfangreichen Zertifizierungsanforderungen zur Struktur- und Prozessqualität soll eine Weiterentwicklung dieser Zentren gefördert werden, um die Versorgung und Behandlungsqualität für Weaning-Patienten zu verbessern. Aktuell sind bundesweit 63 Standorte zertifiziert, die auf einer Internetseite der DGP abrufbar und auf einer Karte dargestellt sind (<https://pneumologie.de/aktuelles-service/weannet>). Die im Weaning-Register der DGP erfassten Einträge (über 10 000) werden regelmäßig ausgewertet und zeigten zuletzt 2020 erfolgreiche Entwöhnungen für das prolongierte Weaning bei rund 64,3 Prozent der Betroffenen auf, jedoch konnten 21,2 Prozent nicht entwöhnt werden und 14,5 Prozent verstarben (www.aerzteblatt.de/archiv/213081/Prolongiertes-Weaning-von-der-mechanischen-Beatmung).

Gestützt werden diese Daten durch die Ergebnisse eines Vorhabens „Prolongiertes Weaning – Ein abgestuftes Weaningkonzept für nicht entwöhnbare Beatmungspatienten“ an der Thoraxklinik Heidelberg, das durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde mit dem Ziel, die medizinische, pflegetherapeutische und gesundheitsökonomische Effizienz eines strukturierten, abgestuften Weaningkonzeptes im Vergleich zu der bisherigen Versorgungspraxis in einer multizentrischen Studie modellhaft zu erproben. Die Ergebnisse zeigen auf, dass bei 50 der 61 (82 Prozent) in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, die zuvor als nicht entwöhnbar galten, eine Beatmungsentwöhnung gelang (eine vollständige Entwöhnung von der invasiven Beatmung war bei 29 Patienten (48 Prozent) zu verzeichnen, bei 21 (31 Prozent) war eine Fortsetzung mittels nicht-invasiver Beatmung notwendig (www.aerzteblatt.de/archiv/213080/Beatmungsentwöhnung-in-Weaning-Zentren-nach-primärem-Weaning-Versagen)).

Maßgeblich für die Entwöhnungsstrategien der zertifizierten Weaning-Zentren ist die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning“, die unter Federführung der DGP interdisziplinär entwickelt und in ihrer 2. Version 2019 veröffentlicht wurde. Sie ist bis zum 28. August 2024 gültig. Neben ausführlichen Entwöhnungsstrategien stehen u. a. auch Empfehlungen zum Entlassmanagement bereit, die eine ggf. erforderliche strukturierte Weiterbehandlung ermöglichen sollen.

Mit den vorgenannten Maßnahmen stehen hohe Qualitätsstandards für das klinische Weaning zur Verfügung, die in der Versorgung Anwendung finden und einen wichtigen Beitrag leisten, um den betroffenen Patientinnen und Patienten wieder eine Teilhabe am Leben zu ermöglichen.

Des Weiteren können Kliniken und Krankenkassen miteinander zeitlich befristete Qualitätsverträge gemäß § 110a SGB V schließen und Maßnahmen vereinbaren mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten

* Einfaches Weaning: erfolgreiches Weaning nach dem ersten Spontanatmungsversuch (spontaneous breathing trial – SBT) und der ersten Extubation
Schwieriges Weaning: erfolgreiches Weaning nach initial erfolglosem Weaning spätestens beim 3. SBT oder innerhalb von 7 Tagen nach dem ersten erfolglosen SBT
Prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens 3 erfolglosen SBT oder Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT

zu verbessern. Damit soll erprobt werden, ob sich die Qualität stationärer Behandlungsleistungen über Anreizsysteme zur Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen weiter verbessern lässt.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde die Aufgabe gemäß § 136b Absatz 8 Satz 2 und 3 SGB V übertragen, Leistungen oder Leistungsbereiche zu bestimmen, die sich für den Abschluss solcher Qualitätsverträge und eine anschließende Evaluation eignen. Mit Beschluss vom 18. Mai 2017 wurden vier Leistungsbereiche festgelegt, darunter die „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“. Der G-BA strebt mit der Auswahl dieses Leistungsbereichs eine Verbesserung der Ergebnisqualität in der stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwierigem oder prolongiertem Weaning an. Vorrangiges Ziel ist hierbei die Vermeidung von nicht indizierter Langzeitbeatmung im außerklinischen Bereich und damit die Vermeidung beatmungsbedingter Komplikationen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. In den Tragenden Gründen des G-BA wird als mögliche Vertragspartner insbesondere auf solche Krankenhäuser abgestellt, die Weaningeinheiten betreiben und dem o. g. WeanNet angeschlossen sind. Die Regelung ist am 9. Juni 2017 in Kraft getreten (www.g-ba.de/themen/qualitaetsversicherung/weitere-bereiche/leistungsbereiche-qualitaetsvertraege/).

Der G-BA hat gemäß § 110a Absatz 8 SGB V den Auftrag, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bei Qualitätsverträgen mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität während des Erprobungszeitraums zu beauftragen. Gegenstand der Untersuchung ist auch ein Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag nach § 110a. Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse nach Satz 1, die bis zum 31. Dezember 2028 vorzulegen sind, soll der G-BA bis zum 31. Oktober 2029 Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge zu den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen sowie Empfehlungen zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten.

Das IQTIG wurde am 15. Dezember 2016 vom G-BA mit der Erstellung eines Evaluationskonzepts für die Qualitätsverträge beauftragt. Im Kapitel 4 stellt das Evaluationskonzept zur Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten vor und nimmt dabei insbesondere Patientinnen und Patienten mit prolongiertem Weaning in den Blick, da gerade diese Patientengruppe oftmals in der außerklinischen ambulanten Versorgung invasiv langzeitbeatmet wird, obwohl eine Entwöhnung möglich wäre (https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Evaluationskonzept-Qualitaetsvertraege_Abschlussbericht-mit-Addendum_2024-02-09.pdf). Neben den zentralen Elementen der Versorgungspraxis (Respiratorentwöhnung, Epidemiologie, Langzeitbeatmung, Definition von Weaning-Erfolg und -Versagen, Akteure in der Versorgung langzeitbeatmeter Patientinnen und Patienten) wird ein Versorgungspfad vorgestellt, der zusammen mit den Experten aus dem Bereich der Respiratorentwöhnung entwickelt wurde. Dieser stellt die aktuelle Versorgungspraxis und die bestehenden Probleme in der Versorgung der Patientengruppe dar. Zuletzt werden basierend auf den identifizierten Problemen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechende Evaluationskennziffern vorgeschlagen, die in dem Projektplan des IQTIG zur „Evaluation der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V“ aufgeführt sind (https://iqtig.org/dateien/qs-instrumente/q-vertraege/2024/2024-03-01_Projektplan.pdf).

Eine Übersicht über die bisher geschlossenen Qualitätsverträge stellt der G-BA auf seinen Internetseiten zur Verfügung. Für den Bereich der Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten wurden 25 Verträge geschlossen, an denen 25 Krankenhäuser und 35 Krankenkassen beteiligt sind

(Stand: 13. Juni 2024, www.g-ba.de/downloads/17-98-5710/2024-06-13_Abgeschlossene_Qualitaetsvertraege_Uebersicht.pdf, S. 56 ff.). Die Übersicht wird monatlich aktualisiert.

1. Wie viele Personen (unterteilt nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen) haben nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V bzw. werden mit Verträgen nach § 132a SGB V versorgt?
2. Wie viele Personen (unterteilt nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen) erhalten außerklinische Intensivpflege in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen (§ 37a Absatz 2 Nummer 4 SGB V)?

Die Fragen 1 und 2 werden gemeinsam beantwortet.

Eine statistische Erfassung der Versicherten mit einem Leistungsanspruch nach § 37c SGB V liegt im Rahmen der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht vor. In diesem Zusammenhang wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 3 bis 7 verwiesen. Gemäß der amtlichen Statistik der GKV bezogen im Jahr 2022 17 672 Versicherte Leistungen der ambulanten Intensivpflege gemäß § 37 SGB V sowie 3 046 Versicherte Leistungen der stationären Intensivpflege gemäß § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der zuvor geltenden Fassung. Eine Unterscheidung nach Alter liegt nicht vor.

3. Wie viele Personen (unterteilt nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen) erhalten außerklinische Intensivpflege in Wohneinheiten der außerklinischen Intensivpflege?
4. Wie viele Personen (unterteilt nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen) erhalten außerklinische Intensivpflege in einer Wohneinheit nach § 132 I Absatz 5 Nummer 1 i. V. m. § 37c Absatz 2 Nummer 3,1 SGB V, sog. ambulante Pflegewohngemeinschaften?
5. Wie viele Personen (unterteilt nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen) erhalten außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c Absatz 2 Nummer 1 SGB V in Pflegeeinrichtungen nach § 43 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), sog. vollstationäre Einrichtungen?
6. Wie viele Personen (unterteilt nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen) erhalten außerklinische Intensivpflege gemäß § 37c Absatz 2 Nummer 2 SGB V in Einrichtungen nach § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI, sog. Einrichtungen der Eingliederungshilfe?
7. Wie viele der in den Fragen 1 bis 6 erfragten versorgten Personen werden über das Persönliche Budget (§ 29 SGB IX) abgerechnet (bitte nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen unterteilen)?

Die Fragen 3 bis 7 werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Anzahl der Personen vor, die Anspruch auf außerklinische Intensivpflege gemäß den verschiedenen Rechtsgrundlagen des § 37c SGB V haben. Im Rahmen der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung werden ab Mitte August 2024 entsprechende Daten erstmals für das Jahr 2023 vorliegen.

8. Welche sind die zehn Indikationen, die am häufigsten zu einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege führen?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

9. Wie hat sich die Zahl der Personen (unterteilt nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen), die Anspruch auf außerklinische Intensivpflege haben, nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2014 bis 2024 entwickelt?

Hinsichtlich der verfügbaren Daten wird auf die Antworten zu den Fragen 1 und 2 sowie 3 bis 7 verwiesen. Eine Zeitreihe der in der Antwort zu den Fragen 1 und 2 genutzten Daten (verfügbar ab 2017) lässt sich aufgrund zweier statistischer Brüche nur für den Zeitraum 2018 bis 2021 herleiten. Zwischen 2018 und 2021 sind die in der amtlichen Statistik der GKV erfassten Fälle der ambulanten Intensivpflege nach § 37 SGB V in der damals gültigen Fassung um rund 1,5 Prozent auf 18 952 gestiegen (+287 Fälle) und die Fälle der stationären Intensivpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der damals gültigen Fassung um rund 3,6 Prozent auf 3 247 Fälle gesunken (–129 Fälle). Für die Anzahl der Versicherten, welche im Jahr 2022 Leistungen der stationären oder ambulanten Intensivpflege erhielten, wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

10. Wie viele Personen (unterteilt nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen) warten nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell in einer stationären Einrichtung auf freie Kapazitäten eines ambulanten Intensivpflegedienstes, um außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit erhalten zu können?

Über die Zahl der Personen in stationären Einrichtungen, die auf freie Kapazitäten eines ambulanten Intensivpflegedienstes warten, um außerklinische Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit erhalten zu können, liegen der Bundesregierung keine statistischen Daten vor.

11. Wie viele Patienten sind seit Inkrafttreten des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) von der häuslichen Intensivpflege in andere Versorgungsformen gewechselt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

12. Wie viele Patienten konnten seitdem infolge der erfolgreichen Dekanülierung nach Hause oder in eine andere Versorgungsform als die außerklinische Intensivpflege entlassen werden?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

13. Gibt es nach Einschätzung der Bundesregierung eine ausreichende Zahl angemessen qualifizierter Fachkräfte mit Zusatzqualifikation, um eine qualitative außerklinische Intensivpflege zu gewährleisten?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Auf die Antwort zu Frage 38 wird verwiesen.

14. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind derzeit entsprechend qualifiziert, um vor einer Verordnung eine Potenzialerhebung durchführen zu können?

Im Mai 2024 lag laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) mit Bezugnahme auf das Bundesarztregister folgende Anzahl von Genehmigungen zur Potenzialerhebung vor:

- Vertragsärztinnen und Vertragsärzte: 717,
- Krankenhäuser: 124,
- Privatärztinnen und Privatärzte: 56.

15. Besteht aus Sicht der Bundesregierung in der Höhe der Vergütung der außerklinischen Intensivpflege ein Hindernis für entsprechend qualifizierte Fachärzte, diese Aufgabe zu übernehmen, und wenn ja, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um diesen Umstand zu ändern?

Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte für die Erforderlichkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die außerklinischer Intensivpflege bedürfen, vor. Zur Abrechnung und Vergütung sind Leistungen des Abschnitts 37.7 durch den Bewertungsausschuss in den EBM aufgenommen worden. Die arztgruppenübergreifenden speziellen Gebührenordnungspositionen (GOPen) im Zusammenhang mit der Potenzialerhebung wurden zum 1. Dezember 2022 eingeführt. Die GOPen für Verordnung, Koordination und Fallkonferenz sind seit dem 1. Januar 2023 berechnungsfähig. Die vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Versorgung von Patienten, die außerklinischer Intensivpflege bedürfen, werden von den Krankenkassen extrabudgetär vergütet. Der Bewertungsausschuss prüft nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für die ersten zwei Jahre nach Einführung in den EBM die Entwicklung der Abrechnung der GOPen des Abschnitts 37.7. Dabei wird insbesondere auch die Anzahl und regionale Verteilung der abrechnenden Praxen und Vertragsärzte geprüft. Die Evaluation erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses. Diese Evaluation bleibt abzuwarten.

16. Sind von Betroffenen-, Fach- und Behindertenverbänden im Versorgungsalltag auftretende Probleme infolge des Umstellungsprozesses an die Bundesregierung herangetragen worden, und wenn ja, welche, und wie hat die Bundesregierung diesbezüglich gegenüber den Betroffenen- und Fachverbänden Stellung genommen?
17. Ist der Bundesregierung der Brandbrief von vier Fachverbänden bzw. Selbstvertretungsorganisationen (Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter, Individuell Selbstbestimmt Leben, Intensiv Leben, Intensiv Kinder zuhause) vom 29. Mai 2024 (Brandbrief-der-Verbaende_-29.05.2024.pdf) bekannt, und wenn ja, wie wird sie darauf reagieren, insbesondere mit Blick auf die Forderung, die im Gesetz vorgesehene Übergangsfrist von 12 auf 30 Monate zu verlängern, um die Versorgung der Betroffenen bis zum Abschluss der neuen Verträge sicherzustellen?
20. Welche Maßnahmen bereitet die Bundesregierung für den Fall vor, dass durch die Umstellung hervorgerufene Versorgungsdefizite absehbar nicht mehr vor dem Ende der Übergangsregelung behoben werden können?
21. Welche besonderen Herausforderungen sieht die Bundesregierung in diesem Fall für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die intensivpflegerisch versorgt werden?

27. Was passiert, wenn bis zum 30. Juni 2024 die neuen Verträge zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege nach § 132 I SGB V inklusive der Vergütungsvereinbarungen nicht abgeschlossen sind?
28. Wie wird insbesondere verhindert, dass Patientinnen und Patienten dann ins Krankenhaus eingeliefert werden, weil eine Versorgung in der Häuslichkeit, Wohngemeinschaft oder Pflegeheim nicht mehr möglich ist?
29. Welche Vorkehrungen trifft die Bundesregierung, um für diesen Fall die Versorgungssicherheit und Versorgungskontinuität der hochvulnerablen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten – besonders von Kindern und Jugendlichen?

Die Fragen 16, 17, 20, 21 und 27 bis 29 werden gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Die Bundesregierung beobachtet den Umsetzungsprozess des GKV-IPReG und der AKI-Richtlinie sehr genau. Unter Einbeziehung vorliegender Stellungnahmen und Eingaben – einschließlich des in Frage 17 aufgeführten Brandbriefs – wurden die Sachlage kontinuierlich bewertet und versorgungssichernde Maßnahmen geprüft. In einem Gespräch im BMG am 14. Juni 2024 haben sich die Vertreterinnen und Vertreter der Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer dazu bekannt, die Versorgungskontinuität über den 30. Juni 2024 hinaus zu gewährleisten. Im Nachgang zu diesem Gespräch haben die Krankenkassen ihren Versicherten, die bisher Leistungen der außerklinischen Intensivpflege bezogen haben, schriftlich zugesagt, dass ihre bestehende Versorgung über den 30. Juni 2024 hinaus gesichert ist.

18. Ist der Bundesregierung das Positionspapier der genannten vier Verbände „Die Versorgung von Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege ist zum 1. Juli 2024 gefährdet“ (Positionspapier-zum-gesetzgeberischen-Handlungsbedarf-in-§-132I-SGB-V_-29.05.2024.pdf) bekannt, und wenn ja, wie bewertet sie die darin enthaltenen Forderungen (bitte einzeln aufschlüsseln)?

Zu den Forderungen des Positionspapiers in Bezug auf die Vertragsverhandlungen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 17 verwiesen. In Bezug auf die Leistungserbringung im Rahmen des Persönlichen Budgets hat die Bundesregierung auf Hinweise sofort reagiert, wonach Krankenkassen – anders als zuvor im Rahmen der Leistungsgewährung als häusliche Krankenpflege – bei der Inanspruchnahme der außerklinischen Intensivpflege im Wege des persönlichen Budgets die dauerhafte Anwesenheit einer Pflegefachkraft als erforderlich ansehen. Mit Schreiben vom 7. September 2023 an den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) hat das BMG auf den Willen des Gesetzgebers, die Leistungsanspruchnahme im Rahmen des Persönlichen Budgets weiterhin zu ermöglichen, hingewiesen und verdeutlicht, dass diese nicht durch in der Praxis kaum erreichbare Vorgaben erschwert oder gar faktisch unmöglich gemacht werden darf. Der GKV-Spitzenverband hat seinerseits die Krankenkassen in einem Rundschreiben über das Schreiben des BMG informiert und empfohlen, bei der Leistungsgewährung entsprechend zu verfahren. Aus Sicht der Bundesregierung ist gesetzgeberischer Handlungsbedarf daher derzeit nicht gegeben.

19. Ist es aus Sicht der Bundesregierung notwendig, den Umstellungsprozess zu begleiten und zu evaluieren, wenn ja, wie erfolgt dieses, und wenn nein, warum nicht?

Eine Evaluierung der Regelungen des GKV-IPReG ist gesetzlich bereits in § 37c Absatz 6 SGB V vorgesehen. Überdies hat sich der G-BA in § 13 der AKI-Richtlinie selbst dazu verpflichtet, die Auswirkungen der AKI-RL hinsichtlich der Umsetzung und Wirkung dieser Richtlinie vier Jahre nach Inkrafttreten zu überprüfen.

22. Wie hoch ist die Anzahl erfolgreich von einer Beatmung entwöhnter Patienten seit Inkrafttreten des IPReG (bitte nach unter 18-Jährigen und Erwachsenen unterteilen)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

23. Bei wie vielen der nach § 132a SGB V bzw. § 132 I SGB V erbrachten Versorgungungen haben die jeweiligen Leistungserbringer zum Stand 31. Mai 2024 die Zulassung nach § 132 I SGB V beantragt, bei wie vielen der Versorgungungen wurde bereits ein Vertrag nach § 132 I SGB V abgeschlossen, und bei wie vielen davon wurde bereits eine Vergütungsvereinbarung nach § 132 I SGB V abgeschlossen (bitte nach den 16 Bundesländern und nach Kinderpflegeeinrichtungen, Erwachseneneneinrichtungen) unterteilen?
24. Wie viele nach § 132a SGB V zugelassene Leistungserbringer der Intensivpflege haben zum Stand 31. Mai 2024 die Zulassung nach § 132 I SGB V beantragt, wie viele davon haben einen Vertrag nach § 132 I SGB V bereits abgeschlossen und wie viele davon bereits eine Vergütungsvereinbarung nach § 132 I SGB V abgeschlossen (nach 16 den Bundesländern und nach Kinderpflegeeinrichtungen, Erwachseneneneinrichtungen) unterteilen)?

Die Fragen 23 und 24 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat den GKV-Spitzenverband gebeten, monatlich einen Bericht zum Stand der Vertragsverhandlungen nach § 132I Absatz 5 SGB V vorzulegen. Mit Bericht zum Stichtag 15. Juni 2024 wurde mitgeteilt, dass zum 15. Juni 2024 321 Verträge nach § 132I Absatz 5 SGB V geschlossen worden sind. Die Verhandlungsabschlüsse sind wie folgt aufzuschlüsseln.

Bundesland	Verhandlungsabschluss nach § 132I Absatz 5 SGB V – ambulant	Verhandlungsabschluss nach § 132I Absatz 5 SGB V – stationär	Anzahl der geschlossenen Verhandlungsabschlüsse	Aufgenommene Vertragsverhandlungen nach § 132I Absatz 5 SGB V
Baden-Württemberg	0	0	0	253
Bayern	40	0	13	196
Berlin	41	1	1	80
Brandenburg	23	0	1	72
Bremen	0	0	0	9
Hamburg	0	0	1	34
Hessen	0	0	1	138
Mecklenburg-Vorpommern	2	0	0	42
Niedersachsen	111	10	5	118

Bundesland	Verhandlungsabschluss nach § 132i Absatz 5 SGB V – ambulant	Verhandlungsabschluss nach § 132i Absatz 5 SGB V – stationär	Anzahl der geschlossenen Verhandlungsabschlüsse	Aufgenommene Vertragsverhandlungen nach § 132i Absatz 5 SGB V
Nordrhein-Westfalen	17	0	0	367
Rheinland-Pfalz	0	0	0	72
Saarland	0	1	0	13
Sachsen	14	10	0	114
Sachsen-Anhalt	0	5	1	43
Schleswig-Holstein	4	0	0	48
Thüringen	42	0	0	51
Gesamt	294	27	23	1 650

Eine weitergehende Aufschlüsselung der Daten liegt der Bundesregierung nicht vor.

25. Bei wie vielen der nach § 132a SGB V bzw. § 132 i SGB V erbrachten Versorgungsgenehmigungen, die zum 30. Juni 2024 enden und es deshalb zu Versorgungsabbrüchen kommen könnte?

Hinsichtlich der Zahl der erfolgten Vertragsabschlüsse nach § 132i SGB V wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 23 und 24 verwiesen. Die Versorgungssicherheit ist unabhängig davon auch über den 30. Juni 2024 gewährleistet, da die Krankenkassen ihre im Leistungsbezug der außerklinischen Intensivpflege stehenden Versicherten per individuellen Schreiben über die aktuell in Umsetzung befindlichen vertraglichen Anpassungen in diesem Leistungsbereich informiert und in diesem Zusammenhang zugesichert haben, dass die Versorgung auch für den Fall, dass mit den jeweiligen Leistungserbringern die Vertragsverhandlungen zum 30. Juni 2024 nicht abgeschlossen werden können, durchgehend ab 1. Juli 2024 sichergestellt ist.

26. Wann wurde die Bundesregierung über die langsame Umsetzung erstmals informiert, und was waren die Maßnahmen zur Sicherstellung der Umsetzung?

Die Bundesregierung beobachtet das Geschehen um die Vertragsverhandlungen zur außerklinischen Intensivpflege genau. Seit Beginn des Jahres zeichnet sich ab, dass die Vertragsverhandlungen vielfach stocken und nicht flächendeckend wie erforderlich zum 1. Juli 2024 abgeschlossen sein werden. Aus diesem Grund wurden seitens der Bundesregierung Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Vertragsparteien am 21. Februar, 6. März und 29. April 2024 geführt. Ferner hat das Bundesamt für Soziale Sicherung mit Schreiben vom 20. März 2024 alle bundesunmittelbaren Krankenkassen und die Aufsichtsbehörden der Länder angeschrieben sowie Gespräche mit dem BMG geführt. Der Bundesminister für Gesundheit hat den GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringer mit Schreiben vom 11. Juni 2024 zum Handeln aufgefordert sowie nach einem gemeinsamen Gespräch am 14. Juni 2024 veranlasst, dass die Krankenkassen Garantieerklärungen an Leistungserbringer und Versicherte abgeben. Um diese zu unterstreichen, hat der Bundesminister für Gesundheit sich ebenfalls per Schreiben an Leistungserbringer und Versicherte gewendet und die Fortsetzung der bestehenden Versorgung zugesichert.

30. Hat die Bundesregierung eine Verschiebung der Zwölfmonatsfrist nach § 132 I Absatz 5 letzter Satz SGB V in Betracht gezogen, und wenn nein, warum nicht?
31. Plant die Bundesregierung die Umsetzung eines Gesetzes zur Verschiebung des Umsetzungstermin?

Die Fragen 30 und 31 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat den Umsetzungsprozess des GKV-IPReG eng begleitet und dabei kontinuierlich geprüft, ob ggf. gesetzlicher Anpassungsbedarf besteht. Da Krankenkassen und Leistungserbringer zugesichert haben, dass die Versorgung der betroffenen Versicherten auch über den 30. Juni 2024 hinaus gesichert ist, besteht derzeit keine Veranlassung für eine gesetzliche Verschiebung des Umsetzungstermins. Es bleibt Aufgabe der Krankenkassen und Leistungserbringer, sich zu einigen und etwaige Konflikte nicht auf dem Rücken der Versicherten auszutragen.

32. Wie bewertet die Bundesregierung zusätzliche monetäre Anreizsysteme wie beispielsweise Kooperationsverträge zwischen Kliniken und Kostenträgern, welche dazu geeignet sein können, schnellstmögliche Dekanülierung in den Kliniken attraktiv machen?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung zu den Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V verwiesen. Zur Wirksamkeit weiterer finanzielle Anreize wie der Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Zusatzentgelts nach § 6 Absatz 2a Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die längerfristige Beatmungsentwöhnung und den Abschlagen nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 KHEntgG für Krankenhäuser, die vor Entlassung von Beatmungspatientinnen und -patienten keine Feststellung des Beatmungstatus vornehmen bzw. bei gegebenem Entwöhnungspotential keine Anschlussbehandlung veranlassen, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

33. Wie viele zertifizierte Weaningzentren bestehen bundesweit?
34. Sind diese aus der Sicht der Bundesregierung ausreichend, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten?

Die Fragen 33 und 34 werden gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Der Bundesregierung liegen keine Hinweise vor, dass die Anzahl der zertifizierten Weaningzentren nicht ausreichend ist.

35. Wie lange sind im Durchschnitt die Wartezeiten für die Aufnahme von Patienten mit Dekanülierungspotenzial in den vorhandenen Weaningzentren?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

36. In wie vielen Fällen wurde mittels Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt, dass die Anspruchsvoraussetzungen für außerklinische Intensivpflege nicht erfüllt sind, und werden alle Prüfungen zur Anspruchsvoraussetzungen durch ärztliches Personal durchgeführt?

Entsprechende Daten liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Begutachtungsanleitung außerklinische Intensivpflege (BGA-AKI) des Medizinischen Dienstes Bund ist am 26. September 2023 in Kraft getreten. Danach wird die sozialmedizinische Beurteilung immer von einem ärztlichen Gutachter oder einer ärztlichen Gutachterin erstellt, auch wenn zusätzlich eine Pflegefachkraft eingesetzt wird.

37. Wie viele Plätze für die außerfamiliäre dauerhafte Unterbringung intensivpflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher sind insgesamt deutschlandweit verfügbar (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln), und wie ist die Belegungsquote?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

38. Wie viele besonders qualifizierte Fachärzte für Potenzialerhebung und Verordnung nach § 37c SGB V und § 95 Absatz 1 SGB XI sind nach Kenntnis der Bundesregierung für eine flächendeckende und ortsnahe Sicherstellung der ärztlichen Verordnungsvoraussetzungen notwendig?

Eine valide Aussage zum zukünftig benötigten Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zur Potenzialerhebung und Verordnung kann die Bundesregierung zum aktuellen Zeitpunkt nicht treffen, da beispielsweise noch keine belastbaren Abrechnungsdaten vorliegen, die Rückschlüsse auf die Zahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten zulassen. Zudem müssten hierzu auch die Wohnorte der Patientinnen und Patienten bekannt sein.

39. Welche evidenzbasierte Standards für die Durchführung einer Beatmungsentwöhnung finden bei bereits (langzeit-)beatmeten Patienten mit neurologischen Grunderkrankungen Anwendung?

Patientinnen und Patienten mit neurologischen Grunderkrankungen und dem Bedarf an prolongiertem Weaning, welche nicht in der Primärversorgung von der Beatmung entwöhnt werden konnten, benötigen eine nahtlose Fortführung rehabilitativer Maßnahmen in der Sekundärversorgung unter der Berücksichtigung einer vorhandenen intensivmedizinischen Betreuung in einem spezialisierten Zentrum. Dabei spielt die neurologische Frührehabilitation, die sogenannte „Phase B“, als Nahtstelle zwischen Intensivstation („Phase A“) an Akutkrankenhäusern und der klassischen (weiterführenden) Rehabilitation („Phase C“) eine wichtige Rolle. Hier werden Patientinnen und Patienten mit komplexen und sehr schweren Krankheitsbildern behandelt (bspw. Schädel-Hirn-Traumen, Hirnblutungen, schwerste Nervenverletzungen oder Rückenmarksschäden).

Standards für das Weaning dieser neurologischer Patientinnen und Patienten sind in der S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ festgehalten, die von der Weaning-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR) interdisziplinär erstellt wurde und in der Fassung vom 21. Oktober 2016 auf den Internetseiten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) verfügbar ist. Die Leitlinie ist am 20. Oktober 2021 ab-

gelaufen und befindet sich derzeit in der Überarbeitung (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/080-002>).

Darüber hinaus bietet die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) in Kooperation mit dem TÜV Rheinland das DGNR-Zertifizierungsverfahren für „Zentren für Beatmungsentwöhnung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFR)“ seit dem 1. Oktober 2021 an mit dem Ziel, die Qualität der Zentren zu fördern sowie die Einhaltung der für ein Weaning in der NNFR erforderlichen Standards in einem unabhängigen Zertifizierungsverfahren nachzuweisen und transparent nach außen darzulegen.

Im ersten Jahr der Zertifizierung wurden 13 Zentren, die zusammen über 283 Betten zur Beatmungsentwöhnung („weaning“) in der NNFR verfügen und im Jahr vor der Zertifizierung 2 278 Personen im Weaning betreuten (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10850186/).

40. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das Potential zur Entwöhnung von Beatmung der Patienten, die aktuell außerklinisch versorgt werden (bitte die Datengrundlage angeben)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

41. Welche Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien liegen der Bundesregierung bezüglich des kurz-, -mittel- und langfristigen Outcomes nach Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung nach der Entlassung aus zertifizierten Beatmungsentwöhnungszentren vor?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

