

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Hubert Hüppe, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/5072 –

Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfen ist seit jeher gesetzlich verankert (§§ 37 und 37a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 1 SGB IX sowie § 13 SGB XII bzw. bis Ende 2004 in § 3a Bundessozialhilfegesetz (BSHG)). Diese Vorschriften sollen es Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen ermöglichen, in ihrer Gemeinde selbstbestimmt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Bei allen Bemühungen um den Ausbau ambulanter Strukturen ist Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles nach § 9 SGB XII zu gewähren, um die Einbeziehung der Wünsche des betroffenen Menschen zu sichern.

Ambulante Angebote können beispielsweise ambulant betreutes Wohnen, Leben mit persönlicher Assistenz nach dem Arbeitgebermodell oder die ambulante psychiatrische Fachpflege nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V in Verbindung mit den §§ 2a und 132a SGB V umfassen. Das ambulant betreute Wohnen ermöglicht es den Betroffenen, in der eigenen Wohnung oder in selbst gewählten Wohngemeinschaften in ihrer Gemeinde zu wohnen, und erlaubt ein höheres Maß an Selbstbestimmung im täglichen Leben als dies in Großeinrichtungen und gemeindenahen Wohnheimen realisierbar ist. Die persönliche Assistenz nach dem Arbeitgebermodell bedeutet ein „normales“ Leben in der eigenen Wohnung mit der notwendigen personellen Hilfe. Die behinderte Person selber fungiert hier als Arbeitgeber für angestellte Assistenzkräfte. Zahlreiche Beispiele beweisen, dass auch Menschen mit hohem Behinderungsgrad außerhalb einer stationären Einrichtung leben und durch ambulante Dienste oder im Rahmen des Arbeitgebermodells adäquat versorgt werden können. Die ambulante psychiatrische Fachpflege ist darauf ausgerichtet, kostenintensive stationäre Aufenthalte zu vermeiden, und es den Betroffenen zu ermöglichen, in ihrem gewohnten Umfeld zu verbleiben.

Ein weiteres soziales Argument spricht für ambulante Hilfen: Sie können leichter als stationäre Einrichtungen bürgerschaftliches Engagement wecken und beteiligen, und so unmittelbar die Integration der Betroffenen erleichtern. So können Synergien mit Angeboten geschaffen werden, in denen bürgerschaftli-

ches Engagement integriert wird, wie es beispielsweise in Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen passiert.

Insofern fördern ambulante Hilfen durch ihre Tätigkeit im Kontext einzelner Hilfeempfänger die Integrationsfähigkeit von Wohngemeinden und beugen sozialer Isolierung und Ausgrenzung vor.

Ein konsequenter Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfen hat das Potenzial, die Gesamtkosten zu stabilisieren und den durch zukünftig wachsende Fallzahlen zu erwartenden Kostenanstieg zu dämpfen. Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe haben beispielsweise festgestellt, dass durch den Einsatz ambulant betreuter Wohnformen die durchschnittlichen Ausgaben pro Hilfeempfänger gesenkt werden konnten. Für eine konsequente Förderung der ambulanten Hilfen müssen diese jedoch ausreichend finanziell ausgestattet und strukturell ausgestaltet werden, damit ein bedarfsdeckendes Angebot für Menschen mit Behinderung realisierbar ist.

Obwohl die durchschnittlichen Kosten von ambulanten Hilfen nach Erfahrung der Leistungserbringer deutlich unter denen der stationären Hilfen liegen, steht dem Ziel der vorrangigen Gewährung von ambulanten Hilfen in der Praxis eine Vielzahl von Hürden gegenüber. Insbesondere die bürokratischen Anforderungen an die ambulanten Leistungserbringer binden wertvolle Ressourcen, die für die Arbeit vor Ort fehlen. Diese bürokratischen Anforderungen zielen weniger auf eine Ergebnisqualität ab als vielmehr auf die Kontrolle der Struktur- und Prozessqualität (z. B. durch vorgeschaltete Genehmigungsverfahren und fortlaufende Dokumentationspflichten).

Erschwerend kommt hinzu, dass die finanziellen Vergütungen bei gleichzeitig hohen Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter so knapp bemessen sind, dass eine wirtschaftliche Führung von ambulanten Diensten schwierig bis unmöglich gemacht wird. Zudem sind die Leistungserbringer vielfach gezwungen, über Monate mit ihren Dienstleistungen in Vorleistung zu treten, da die Bearbeitung der Genehmigungen sich über Wochen und Monate hinzieht.

Als eine effektive Maßnahme für die Erbringung von ambulanten Diensten hat sich die Vernetzung der verschiedenen Mitwirkenden in Form von Hilfeplan-Konferenzen erwiesen. Die regelmäßigen Treffen von allen Mitwirkenden, wie Vertretern der Krankenkasse, des ambulanten Dienstes und des Betreuers, haben sich bewährt, um dem Ziel einer ganzheitlichen und abgestimmten Leistungserbringung gerecht zu werden. Diese Vernetzung wird jedoch in Deutschland nicht flächendeckend praktiziert, sondern nur in vereinzelt Bundesländern.

Im Jahr 2003 sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Ausgaben der Sozialhilfe in den Bereichen der Hilfe in besonderen Lebenslagen und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu einem überwiegenden Teil an Berechtigte in Einrichtungen gezahlt worden. Insbesondere vor dem Hintergrund der zukünftig steigenden Fallzahlen von Menschen, die Hilfe in besonderen Lebenslagen beziehen werden, ist es dringend geboten, die ambulanten Strukturen auszubauen, um zum einen eine Senkung der Gesamtkosten oder zumindest eine Verringerung des Kostenanstiegs zu erreichen und zum anderen behinderten und psychisch kranken Menschen bedarfs- und bedürfnisgerechte ambulante Unterstützung anbieten zu können.

1. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob und wie die in § 6 SGB IX erfassten Rehabilitationsträger den Vorrang ambulanter Hilfen vor stationärer Hilfen umsetzen (bitte Angaben für die einzelnen Träger)?

Wenn die Umsetzung unzureichend ist, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zur Förderung der ambulanten Hilfen?

Im Rahmen des von der Bundesregierung und dem Deutschen Bundestag eingeleiteten Paradigmenwechsels in der Politik für behinderte Menschen gewinnt

der Grundsatz „ambulant vor stationär“, insbesondere auch für psychisch kranke Menschen, eine immer stärkere Bedeutung. Wesentliche Bestandteile dieser Politik war die Einführung eines Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), das die behinderten Menschen in den Mittelpunkt stellte, ihnen ein Wunsch- und Wahlrecht garantierte und die Träger zu intensiver Zusammenarbeit verpflichtete. Nach § 9 Abs. 3 SGB IX haben Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände zu lassen und ihre Selbstbestimmung zu fördern. Unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände und der Wirksamkeit der Leistungen sind daher ambulante Einrichtungen zu bevorzugen. Die Rehabilitationsträger haben die Dienste und Einrichtungen nach der im Einzelfall am besten geeigneten Form unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts auszuwählen. Die gemeindenahere Versorgung behinderter und psychisch erkrankter Menschen in kleinen Wohneinheiten oder eigenen Wohnungen erlangt unter Einbeziehung familienentlastender und -unterstützender Dienste ein immer größeres Gewicht.

Hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation kommt im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in verschiedenen Vorschriften der allgemeine Gedanke zum Ausdruck, dass insbesondere aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V) ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Vorrang vor der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Rehabilitation haben. Nach § 40 Abs. 2 SGB V besteht etwa nur dann ein Anspruch auf stationäre Rehabilitation, wenn ambulante Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 1 SGB V) nicht ausreichen.

Die Umsetzung der genannten Bestimmungen erfolgt durch Verwaltungspraxis der einzelnen Krankenkasse. Es ist nicht bekannt, dass bei der Anwendung der gesetzlichen Vorschriften Defizite bestehen. Die Bundesregierung hat jedoch die Anfrage zum Anlass genommen, die Thematik durch Nachfrage bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu klären.

Außerdem wurden die Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter Komplexleistungen für psychisch kranke Menschen erheblich verbessert. Zum einen können mit dem im GKV-Modernisierungsgesetz in den §§ 140a ff. SGB V neu geschaffenen Instrument der Integrierten Versorgung Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen kombiniert erbracht werden, und zwar ohne Begrenzung auf ärztliche Maßnahmen oder andere im SGB V festgeschriebene Leistungen.

Die Rentenversicherung versteht den Ausbau der ambulanten Rehabilitation als eine konzeptionelle Erweiterung ihres Leistungsangebotes. Sie soll und kann aber keinesfalls die stationäre Form der Rehabilitation vollständig ersetzen. Seit 1997 weisen die Bewilligungen ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation deutliche Zuwächse auf. Der Anteil an allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation betrug bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte im Jahr 2002 5 Prozent, im Jahr 2003 bereits 7 Prozent und im Jahr 2004 – mit 33 645 Bewilligungen – 8 Prozent. Prognostiziert wird ein maximaler Anteil der ambulanten Rehabilitation von etwa 20 bis 25 Prozent.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auch von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung – unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände – in ambulanter, aber auch in teilstationärer Form erbracht. Im Rahmen der medizinischen Trainingstherapie (MTT) bieten einige ambulante Rehabilitationszentren auch ein so genanntes arbeitsplatzbezogenes Training an.

Im Bereich der Sozialhilfe ist der Vorrang der ambulanten Hilfen vor stationären Hilfen in § 9 Abs. 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) verankert. Danach soll Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Die Bundesregierung hat im Rahmen des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilfe-

rechts in das Sozialgesetzbuch (SGB XII), das seit dem 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist, mit einem Bündel von Maßnahmen den Grundsatz „ambulant vor stationär“ gestärkt. Erkenntnisse darüber, inwieweit die Praxis nunmehr diese Maßnahmen umsetzt, liegen der Bundesregierung noch nicht vor.

Die Träger der Kriegsopferfürsorge sind an den Vorrang ambulanter Hilfen als allgemeine Leitbestimmung des Leistungsrechts der Kriegsopferfürsorge gebunden. Ausdrücklich findet sich dieser Grundsatz in den Vorschriften der Hilfe zur Pflege nach § 26c Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 26d BVG; er gilt aber auch für die weiteren Leistungsarten.

2. Welche Konzepte hat die Bundesregierung, um mit dem prognostizierten Fallzahlenanstieg in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sowie der damit verbundenen Kostensteigerung umzugehen?

Aus der Sicht der Bundesregierung kann sich eine sinnvolle Strategie nicht auf eine Fortführung, Finanzierung und gegebenenfalls Umfinanzierung vorhandener Leistungsstrukturen richten, sondern muss bei der Fortentwicklung der Leistungsstrukturen ansetzen. Ansatzpunkte hierfür bieten z. B. die Trennung der Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen von den Maßnahmeleistungen in Einrichtungen, die auf der Grundlage des SGB XII seit 2005 erfolgt, die Erbringung ambulanter und stationärer Leistungen aus einer Hand im Rahmen einer konsequenten Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, die fortentwickelten Regelungen zum Einsatz – auch trägerübergreifender – Persönlicher Budgets und die umfassende Förderung der Fähigkeitspotenziale behinderter Menschen auch jenseits einer beruflichen Nutzung.

Die Bundesregierung wird auf die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen hinwirken und dabei selbstverständlich auch den weiteren fachlichen Austausch mit allen beteiligten Gremien, Organisationen und Personen suchen.

3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die zahlenmäßige Entwicklung der stationär und ambulant untergebrachten Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung in den letzten zehn Jahren (bitte aufgeschlüsselt nach Jahren sowie differenziert nach Geschlecht)?
4. Wenn die Anzahl der in stationären Einrichtungen untergebrachten Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in den letzten zehn Jahren gestiegen ist, worauf führt die Bundesregierung diese Tatsache zurück?

Die Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

5. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Ausgaben für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und die Hilfe zur Pflege nach dem BSHG bzw. seit 1. Januar 2005 dem SGB XII sowie die nach Geschlecht differenzierte Anzahl der Menschen, denen diese Hilfen gewährt wurden (bitte aufgeschlüsselt für die vergangenen zehn Jahre und differenziert nach ambulanten und stationären Maßnahmen)?

Die Angaben der amtlichen Sozialhilfestatistik sind für den Zeitraum 1994 bis 2003 den nachstehenden Tabellen zu entnehmen.

**Brutto-Ausgaben der Sozialhilfe 1994-2003
für Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
in Mio. EURO**

Hilfeart	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen	835	546	410	393	403	408	423	451	485	526
in Einrichtungen	8.227	8.388	6.691	3.107	2.598	2.492	2.454	2.454	2.458	2.479
insgesamt	9.062	8.934	7.100	3.500	3.001	2.900	2.877	2.905	2.943	3.005
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zusammen										
außerhalb von Einrichtungen	287	309	361	407	434	474	540	606	686	751
in Einrichtungen	6.030	6.436	6.700	7.130	7.514	8.047	8.573	9.157	9.499	10.179
insgesamt	6.317	6.745	7.061	7.537	7.948	8.521	9.113	9.764	10.185	10.930

**Empfänger von Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
nach Art der Unterbringung und Geschlecht im Laufe des Jahres**

	1994 ¹⁾	1995 ²⁾	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hilfe zur Pflege insgesamt ³⁾	563.452	573.636	426.365	328.280	289.299	309.713	324.144	331.520	313.190	322.851
männlich	171.796	171.441	117.045	94.650	87.404	91.536	93.790	96.746	94.597	99.046
weiblich	391.656	402.195	309.320	233.630	201.895	218.177	230.354	234.774	218.593	223.805
Außerhalb von Einrichtungen	238.792	213.936	94.537	87.539	85.387	81.941	79.558	83.277	85.779	86.625
männlich	91.549	82.738	34.253	30.997	30.810	31.232	29.363	31.005	32.363	32.963
weiblich	147.243	131.198	60.284	56.542	54.577	50.709	50.195	52.272	53.416	53.662
In Einrichtungen	330.429	364.773	332.823	241.586	204.882	228.886	245.680	249.462	228.789	237.647
männlich	81.887	90.089	83.053	63.876	56.856	60.606	64.715	66.070	62.656	66.536
weiblich	248.542	274.684	249.770	177.710	148.026	168.280	180.965	183.392	166.133	171.111
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	360.448	405.146	419.777	452.948	494.925	502.796	525.061	554.803	578.320	593.125
männlich	213.824	240.054	249.868	270.996	297.190	302.283	315.948	335.233	349.298	358.094
weiblich	146.624	165.092	169.909	181.952	197.735	200.513	209.113	219.570	229.022	235.031
Außerhalb von Einrichtungen	83.951	95.969	101.671	111.564	126.736	130.827	139.337	149.236	159.143	165.718
männlich	48.685	54.125	57.808	64.115	73.673	76.108	81.119	88.045	94.036	98.078
weiblich	35.266	41.844	43.863	47.449	53.063	54.719	58.218	61.191	65.107	67.640
In Einrichtungen	279.014	311.657	320.835	345.415	372.260	377.514	392.148	413.513	427.144	437.620
männlich	166.763	187.335	193.692	209.187	225.892	229.558	238.645	251.953	260.078	266.163
weiblich	112.251	124.322	127.143	136.228	146.368	147.956	153.503	161.560	167.066	171.457

1) Daten von Hamburg und Bremen fehlen sowie Untererfassung in Niedersachsen

2) Es fehlen die Angaben von Bremen.

3) Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik 1994 ff.

6. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass die Leistungsträger den Leistungsanbietern für ambulante Hilfen vielfach keine leistungsgerechte Vergütung zahlen, so dass die Erbringung eines bedarfsgerechten Angebots daran scheitert?

Wenn ja, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zur Beseitigung dieses Missstandes?

Die Träger der Sozialhilfe müssen mit Einrichtungsträgern oder ihren Verbänden eine Vereinbarung über Inhalt, Art und Umfang der Leistung, über die Vergütung und über die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung abschließen. Die Vergütung ist in die Kostenbereiche Unterkunft und Verpflegung, Maßnahmen und Investitionsbetrag aufzuteilen. Es liegt somit in der Hand der Vereinbarungspartner, eine Vergütung zu vereinbaren, die ein bedarfsgerechtes Angebot des Leistungserbringers sicherstellt.

7. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass durch hohe bürokratische Auflagen für die Bewilligung und den Nachweis von Leistungen, für Qualifikationsvorgaben und deren Nachweise, für Dokumentationen und lange Wartezeiten auf Bewilligung (häufig länger als sechs Monate) der Zugang für Anspruchsberechtigte zu den ambulanten Diensten und die Leistungserbringung unverhältnismäßig erschwert werden und zusätzlich erhöhte Kosten verursacht werden?

Wenn ja, welche Gegenmaßnahmen plant die Bundesregierung?

Nein. In der gesetzlichen Krankenversicherung können Versicherte Ansprüche auf bestimmte Leistungsarten (wie z. B. die häusliche Krankenpflege) grundsätzlich nur nach vorheriger Überprüfung durch die zuständige Krankenkasse geltend machen. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (siehe § 14 SGB IX; § 11 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 26 SGB IX; § 40 SGB V). Dabei muss die Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen vor der Leistungsentscheidung ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einholen. § 275 Abs. 1 SGB V sieht die Einschaltung des Medizinischen Dienstes insbesondere dann vor, wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst kann z. B. den Zweck verfolgen, die Leistungsgewährung zu optimieren oder zu überprüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen des Anspruchs tatsächlich vorliegen. Nach § 275 Abs. 2 SGB V ist die Kasse verpflichtet, Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans durch den Medizinischen Dienst überprüfen zu lassen. Diese Anforderungen an die Leistungsgewährung sind im Interesse einer wirtschaftlichen Verwendung der Beiträge der Versicherten unumgänglich.

Dass aufgrund der Einschaltung des medizinischen Dienstes oder sonstiger Umstände längere Wartezeiten bei der Bewilligung von Leistungen eintreten, ist nicht bekannt.

Über Leistungen zur Teilhabe ist nach § 14 SGB IX zwingend innerhalb kurzer Fristen von den Leistungsträgern zu entscheiden (zwei oder drei Wochen).

Bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege stellen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sicher, dass die Zeit, welche die Krankenkasse für die Genehmigung der Leistung braucht, keinen Einfluss auf die Leistung hat; nach Ziffer V Nr. 23 dieser Richtlinien übernimmt die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung der verordneten Leistung die Kosten, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die medizinischen Leistungen nur von solchen Personen erbracht werden dürfen, die hierfür nach den gesetzlichen Vorgaben zugelassen sind. Dies sind insbesondere die im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (BGBl. I 2003, 1442) genannten Personen. Die entsprechenden Zulassungsanforderungen sind zum Schutz der Versicherten erforderlich.

Es liegen im Übrigen keine Erkenntnisse darüber vor, dass Auflagen der Kassen hinsichtlich der Dokumentation der Behandlung o. a. die Umsetzung der Vorschriften über ambulante Leistungen die Leistungserbringung unverhältnismäßig erschweren oder dass erhöhte Kosten entstehen.

Im Rahmen der Vorschriften zur Finanzierung von Einrichtungen nach §§ 75 ff. SGB XII, die auch für ambulante Dienste Anwendung finden, vereinbaren die Träger der Sozialhilfe mit dem Träger der Einrichtung Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung der Leistungen sowie für den Inhalt und das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Insbesondere um Doppelprüfungen zu vermeiden, ist im Rahmen des SGB XII – wie schon bisher im SGB XI und im Heimgesetz – neu eingefügt worden, dass die Träger der Sozialhilfe mit den Heimaufsichtsbehörden und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zusammenarbeiten.

8. Ist der Bundesregierung bekannt, ob die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Änderung der „Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ sicherstellt, dass die Leistungen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege in allen Bundesländern seitens der Krankenkassen getragen werden?
9. Ist nach wie vor in dieser Richtlinie vorgesehen, dass für jede Pflegefachkraft bei jeder Krankenkasse bzw. jedem Krankenkassenverbund ein Zulassungsantrag gestellt und genehmigt werden muss, und wenn ja, teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass durch diese bürokratischen Hürden die ambulante psychiatrische Pflege in Frage gestellt wird?
Wenn ja, gedenkt die Bundesregierung, dagegen vorzugehen?
10. Wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) der geänderten Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der vorgelegten Form zustimmen?
Wenn nein, welche Regelungen beanstandet das BMGS, und welche Änderungen sind vorgesehen?

Die Bundesregierung hat sich seit Jahren dafür eingesetzt, dass die spezifischen Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege in die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (früher: Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) aufgenommen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist diesem Anliegen am 15. Februar 2005 durch eine Änderung der „Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ nachgekommen. Der Beschluss liegt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung derzeit zur Prüfung vor. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat nach § 94 Abs. 1 SGB V zwei Monate Zeit zu überprüfen, ob die Richtlinien mit den rechtlichen Vorgaben übereinstimmen. Bei der Prüfung wird das Ministerium sicherstellen, dass der Anspruch der Versicherten auf eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Versorgung mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gewährleistet wird, um die Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter Komplexleistungen durch Integration psychiatrischer Krankenpflege weiter zu verbessern und dadurch Krankenhausbehandlung – wo möglich – zu vermeiden. Nach der Genehmigung der Richtlinien werden Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse einen Rechtsanspruch auf Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege nach den geänderten Richtlinien

haben. Die Anwendung der neuen Richtlinien liegt in der Zuständigkeit der Selbstverwaltung. Hinweise auf einen zu befürchtenden Mangel an entsprechenden Leistungserbringern liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Bundesregierung wird den weiteren Verlauf und die Ergebnisse der Richtlinien-Änderung beobachten.

11. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass bisher wegen unzureichender Vergütung und mangelnder Wegevergütung die ambulante psychiatrische Pflege fast ausschließlich in Ballungsräumen angeboten wird?

Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die ambulante psychiatrische Pflege auch in strukturschwachen Regionen zu ermöglichen?

Bisher wurde ambulante psychiatrische Pflege nur auf der Grundlage regionaler Vereinbarungen erprobt. Insofern liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse darüber vor, inwieweit Vergütungsprobleme das Angebot ambulanter psychiatrischer Pflege in „strukturschwachen Regionen“ verhindern. Vergütungsfragen sind durch die Partner der Selbstverwaltung zu lösen, die Bundesregierung hat hierauf keinen Einfluss. Die weiteren Entwicklungen sollten nach Änderung der entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zunächst beobachtet werden.

12. Ist der Bundesregierung bekannt, dass Auswertungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen auf regionaler Ebene die Wirksamkeit ambulanter psychiatrischer Pflege, wie z. B. Vermeidung teurer stationärer Krankenhausbehandlungen, belegen?

Liegen der Bundesregierung diesbezüglich Erkenntnisse über die bundesweite Dimension vor?

13. Plant die Bundesregierung diese Erkenntnisse zukünftig zu nutzen?

Wenn ja, welche konkreten Maßnahmen sind in den nächsten Jahren vorgesehen?

Die Bundesregierung hat ein Projekt zur ambulanten psychiatrischen Pflege finanziert, mit dem die Wirksamkeit dieser Leistung im Hinblick auf die Vermeidung von Krankenhausbehandlung belegt werden konnte (Band 121 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Vor dem Hintergrund der Ergebnisse hat sich die Bundesregierung wiederholt dafür eingesetzt, dass die Leistung der ambulanten psychiatrischen Pflege in den „Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ des Gemeinsamen Bundesausschusses festgeschrieben wird. Diesem Anliegen ist der Gemeinsame Bundesausschuss durch Beschlussfassung im Februar 2005 nachgekommen.

14. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, ob die Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen steigen, weil sozialpsychiatrische Dienste wegen mangelnder Finanzierung der Prävention und Krisenintervention nicht hinreichend nachkommen können?

Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zur Förderung und Vereinheitlichung der sozialpsychiatrischen Dienste?

15. Ist der Bundesregierung bekannt, in welchem Umfang die Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen als niederschwellige Hilfen zur Vermeidung von stationären Hilfen ihr Angebot aufgeben müssen, weil die Refinanzierung nicht gesichert ist?

Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen sind kommunale Angebote im Rahmen der Daseinsvorsorge. Die Bundesregierung hat hier keine gesetzgeberische Kompetenz. Auch die Finanzierung dieser Einrichtungen ist nicht Aufgabe des Bundes. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über den Umfang eventueller finanzieller Engpässe der regionalen Kontakt- und Beratungsstellen vor.

16. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V wegen hoher Anforderungen an die Strukturqualität, an Dokumentation und an bürokratische Abläufe bei unzureichender Vergütung zur Vermeidung von teuren Krankenhausaufenthalten kaum realisiert wird?

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, dass der Anspruch auf Versorgung mit Soziotherapie kaum realisiert wird.

17. Ist der Bundesregierung bekannt, in welchem Umfang Familien mit behinderten Kindern stationäre Hilfen in Anspruch nehmen, weil ihnen mangels familienentlastender Dienste eine Betreuung nicht möglich ist?

Nein. Der Bundesregierung ist aber bekannt, dass Träger der Sozialhilfe zur Entlastung von Familien behinderten Kindern vorübergehend einen Platz in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung stellen. Im Übrigen übernehmen die Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege bei Pflegebedürftigkeit des behinderten Kindes die angemessenen Kosten für eine besondere Pflegekraft zur zeitweiligen Entlastung der Pflegeperson. Weitere Erkenntnisse liegen hierzu nicht vor.

18. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass das ambulant betreute Wohnen wegen restriktiver Bewilligungspraxis, mangels angemessener Rahmenbedingungen und mangels auskömmlicher Vergütung seine Funktion nicht ausreichend erfüllen kann?

Die Bundesregierung teilt die Auffassung, dass das Angebot an ambulanten betreuten Wohnmöglichkeiten für behinderte Menschen in Deutschland noch deutlich verbessert werden muss, um hilfe- und betreuungsbedürftigen behinderten Menschen, die weder auf Familien- oder Nachbarschaftshilfe zurückgreifen können noch in einer Einrichtung für behinderte Menschen leben möchten, ein selbstbestimmtes Leben außerhalb von Einrichtungen zu ermöglichen.

Nach Auffassung der Bundesregierung ist die flächendeckende Förderung ambulanter Wohnformen für behinderte Menschen aber keine Aufgabe des Bundes. Defizite in diesem Bereich können nach Auffassung der Bundesregierung nicht

auf unzureichende gesetzliche Rahmenbedingungen zurückgeführt werden. Eine der Hauptursachen ist darin zu sehen, dass die ambulanten und stationären Hilfen der Sozialhilfe für behinderte Menschen in der Regel nicht „aus einer Hand“ erbracht werden, so dass sich Kostenentlastungseffekte durch vermehrte ambulante Angebote nicht dort auswirken, wo durch ergänzende ambulante Hilfen zusätzliche Kosten entstehen. Dies zu ändern, ist Aufgabe der Länder. Auch sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, zur Erhöhung der Akzeptanz in der Bevölkerung die vorzugsweise in gewachsene Wohngebiete einzubettenden Wohnformen für behinderte Menschen wie z. B. therapeutische Wohngemeinschaft offensiv zu bewerben (z. B. durch Tage der „offenen Tür“, Flyer etc.).

Wie als Antwort zu Frage 6 angeführt, finden die in den §§ 75 ff. SGB XII fixierten Rahmenbedingungen auch Anwendung auf ambulante Dienste und damit auch für das ambulante betreute Wohnen.

19. Wie beurteilt die Bundesregierung das sog. Arbeitgebermodell, bei dem die behinderte Person selber in Funktion eines Arbeitgebers die Anstellung und Bezahlung der Assistenzpersonen regelt, vor dem Hintergrund, dass hierbei in der Regel erheblich niedrigere Verwaltungskosten anfallen als bei anderen Formen der Versorgung?

Für Menschen mit hohem Pflegebedarf ist das sog. Arbeitgebermodell entwickelt worden, das diese Menschen befähigt, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Das sog. Arbeitgebermodell im Rahmen der Hilfe zur Pflege trägt in besonderer Weise dem in § 13 SGB XII formulierten Anliegen Rechnung, dass ambulante Leistungen Vorrang vor teilstationären und stationären Leistungen haben. Es trifft zu, dass bei diesem Modell verhältnismäßig niedrige Verwaltungskosten anfallen, insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige die Verwaltung der Leistungen selbst übernehmen können.

20. Hält die Bundesregierung Vergabeverfahren für ambulante Dienstleistungen wie das betreute Wohnen für ein angemessenes und rechtmäßiges Mittel, um zu Vereinbarungsabschlüssen zwischen den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe und den Leistungserbringern zu gelangen?

Die Vereinbarungen nach §§ 75 ff. SGB XII sind öffentlich-rechtliche Verträge (§ 53 Abs. 1 SGB X). Ein Einrichtungsträger hat lediglich Anspruch auf fehlerfreies Abschlussermessen. Der Träger der Sozialhilfe darf die Vereinbarung nur dann abschließen, wenn diese den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Vergabeverfahren für ambulante Dienstleistungen sind nach Auffassung der Bundesregierung möglich, soweit sie den sozialrechtlichen Vorgaben und Anforderungen gerecht werden.

21. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele behinderte und psychisch kranke Menschen wegen eines nicht ausreichenden Hilfeangebots an ihrem Heimatort in stationäre Einrichtungen unter Umständen in weit entlegenen Regionen, oft in einem anderen Bundesland, verbracht werden?

Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, dem entgegenzuwirken?

Angaben aus der amtlichen Sozialhilfestatistik liegen hierzu nicht vor. Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich auch in der Zukunft wohnortferne Unterbringungen in einer Reihe von Fällen dann nicht werden vermeiden lassen, wenn individuelle, behinderungsspezifische Förderbedarfe Teilhabeleistungen besonderer Rehabilitationseinrichtungen erforderlich machen.

Nach der im Jahre 2003 von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedeten „Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren“ konnte für den Bereich der Krankenhausversorgung weitgehend „Gemeindenähe“ erreicht werden. Auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation wurden die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen so weiterentwickelt, dass alle Rehabilitationsleistungen grundsätzlich ambulant erbracht werden können. Trotzdem muss davon ausgegangen werden, dass das ambulante Leistungsangebot in vielen Regionen unzureichend ist und stationäre Hilfen gegenüber den ambulanten Leistungen überwiegen. Nach Auffassung der Bundesregierung sollte das Finanzierungsinstrument der Persönlichen Budgets genutzt werden, um ambulante Komplexeleistungen, die auch Hilfen zur Teilhabe umfassen, zu stärken. Darüber hinaus ist die Angleichung ambulanter Hilfen auf Länderebene durch Weiterentwicklung der entsprechenden Ausführungsgesetze zum SGB XII sicherzustellen.

22. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, zur Sicherstellung eines adäquaten Hilfeanspruchs für jeden Behinderten und psychisch Kranken die Verantwortung für die Organisation ambulanter und stationärer Hilfen auf territorialer Ebene zu regeln?

Wenn ja, wie könnte eine solche Regelung mit den Kommunen geschaffen und umgesetzt werden?

Wenn nein, wie können dann integrierte Formen der Hilfe für den Personenkreis geschaffen werden?

23. Welche Maßnahmen unternimmt und plant die Bundesregierung, um Wohnformen für behinderte und psychisch kranke Menschen außerhalb von Einrichtungen flächendeckend zu fördern?

Inwiefern werden bei diesen Überlegungen das Konzept der „Hilfe aus einer Hand“ sowie die Notwendigkeit der Vernetzung der Leistungserbringer berücksichtigt?

24. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für sinnvoll, um das betreute Wohnen auch außerhalb von Ballungsgebieten und Stadtstaaten zu etablieren?

Die Bundesregierung sieht über die bereits geltenden Regelungen insbesondere des SGB IX und der §§ 75 ff. SGB XII hinaus keine Notwendigkeit, die territoriale Organisation von Hilfen bundesrechtlich zu regeln.

25. Welche unterstützenden und flankierenden Maßnahmen plant die Bundesregierung für Menschen mit Behinderungen, die von einer stationären in eine ambulante Wohnform wechseln möchten?
26. Welche unterstützenden und flankierenden Maßnahmen plant die Bundesregierung für Einrichtungsträger, die stationäre Angebote in ambulante Hilfen umwandeln möchten?

Im Rahmen und in der Folge der durch die Bundesregierung finanzierten Modellprojekte zur „Implementation des personenzentrierten Ansatzes“ konnten in über 30 Modellregionen Steuerungsformen entwickelt werden, die die ambulante Leistungserbringung fördern (individuelle Behandlungen und Rehabilitationspläne, Hilfeplankonferenzen). Diese Anstöße des Bundes wurden von vielen Ländern in Form von Landesprojekten aufgegriffen. Aufgrund der vorliegenden einschlägigen Erkenntnisse aus den genannten Modellmaßnahmen sieht die Bundesregierung derzeit keinen weiteren Forschungsbedarf auf Bundesebene.

Im Rahmen der Reform des Sozialhilferechts (SGB XII) ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ insbesondere durch die einheitliche sachliche Regelzuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe (§ 97 Abs. 2 SGB XII) für bestimmte Leistungen sowie durch die Neuregelung der Zuständigkeit für Leistungen in Form ambulanter betreuter Wohnmöglichkeiten (§ 98 Abs. 5 SGB XII) gestärkt worden.

27. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um der zunehmenden Anzahl von älter werdenden Menschen mit Behinderungen ambulant betreutes Wohnen zu ermöglichen?

Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, auf die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe einzugehen (z. B. tagesstrukturierende Angebote auch im betreuten Wohnen)?

Für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in besonderem Maße integrierte Hilfeformen unter Einschluss von psychiatrischer Behandlung, somatischer und psychiatrischer Pflege einschließlich Grundpflege, Hilfe zur Teilhabe, Koordination der Hilfen verschiedener Leistungsbereiche sowie die Unterstützung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen erforderlich. Aus diesem Grunde hat die Bundesregierung ein Forschungsprojekt „Zur Situation von alten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Organisation und Finanzierung von Hilfen“ in Auftrag gegeben. Als dessen Ergebnis werden noch in der laufenden Legislaturperiode Empfehlungen als Beratungsgrundlage für das weitere Vorgehen der Bundesregierung erwartet. Übergeordnetes Ziel ist die Flexibilisierung und institutionelle Koordination integrierter ambulanter Leistungen für psychisch kranke alte Menschen. Dabei werden auch Lösungsansätze zur Förderung ambulant betreuter Wohnformen für diese Personengruppe erarbeitet werden.

28. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für sinnvoll, um eine ergebnisorientierte, möglichst bundesweit einheitliche und effiziente Qualitätskontrolle der ambulanten Dienstleistungen zu gewährleisten?

Plant die Bundesregierung, das Instrument der Hilfeplankonferenz flächendeckend einzuführen?

In den durch die Bundesregierung finanzierten Modellprojekten zur „Implementation des personenzentrierten Ansatzes“ und zur „Personalbemessung im komplementären Bereich“ konnte der Nutzen von Hilfeplankonferenzen in zahlreichen Regionen gut belegt werden. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse begrüßt die Bundesregierung, wenn Hilfeplankonferenzen als Instrumente für die Koordination der Hilfen für psychisch kranke Menschen in allen Ländern flächendeckend eingerichtet würden.

Wie bereits in der Antwort zu Frage 6 erläutert, hat der Träger der Sozialhilfe das Recht, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistung zu überprüfen. Die Bundesregierung erwartet, dass die Träger der Sozialhilfe von ihrem Recht auch Gebrauch machen.

29. Sieht die Bundesregierung im persönlichen Budget eine Möglichkeit, ambulante Strukturen zu fördern?

Durch welche Maßnahmen soll sichergestellt werden, dass auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf bei der Nutzung und der fortlaufenden Organisation des persönlichen Budgets diese Unterstützung tatsächlich erhalten?

Persönliche Budgets sind ein mögliches Steuerungsinstrument, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Praxis besser umzusetzen, z. B. für den Ausbau alternativer und günstigerer Wohnformen anstelle stationärer kostenintensiver Betreuung.

Behinderte oder pflegebedürftige Menschen können bei Inanspruchnahme Persönlicher Budgets selbst entscheiden, welche Hilfen sie wann, wie und durch wen in Anspruch nehmen wollen. Mit den zur Verfügung stehenden Geldleistungen und Gutscheinen können behinderte Menschen den „Einkauf“ von Leistungen eigenverantwortlich, selbstständig und selbstbestimmt regeln.

Nach der ergänzenden, ebenfalls am 1. Juli 2004 in Kraft getretenen Budgetverordnung ist der individuelle Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Bewilligungsverfahren zu klären. Die bisherigen Modellversuche und erste Erfahrungen der im Oktober 2004 angelaufenen wissenschaftlichen Begleitung zeigen, dass die Leistungsform des Persönlichen Budgets auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf zugänglich und nutzbar ist.

