

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum**

**Gesetzentwurf der Bundesregierung  
(BT-Drucksache 19/19368)**

**zur**

**Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und  
medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen  
Krankenversicherung**

**Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz  
– GKV-IPReG –**

**sowie zu den bereits bekanntgewordenen  
Formulierungshilfen für Änderungsanträge  
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

**Stand: 11. Juni 2020**

## Inhaltsverzeichnis

---

<b>Allgemeiner Teil</b> .....	<b>3</b>
<b>Besonderer Teil</b> .....	<b>6</b>
<b>Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>6</b>
Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c SGB V)	
Außerklinische Intensivpflege .....	6
Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 39 SGB V)	
Feststellung des Beatmungsstatus bei Verlegung oder Entlassung von Patienten.....	7
Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b (§ 39 Absatz 1a SGB V)	
Verordnungen von Anschlussbehandlungen im Entlassmanagement .....	9
Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 132i SGB V)	
Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung .....	10
<b>Artikel 4 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....	<b>11</b>
Zu Artikel 4 Nummer 1 und 3 (§ 5 Absatz 3 KHEntgG und § 9 Absatz 1a KHEntgG)	
Vereinbarung von Abschlägen für Krankenhäuser bei fehlender Feststellung des Beatmungsstatus oder fehlender Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung .....	11
Zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 6 Absatz 2a KHEntgG)	
Vereinbarung eines krankenhausespezifischen Zusatzentgelts ab dem Jahr 2021 .....	13
<b>Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD</b> .....	<b>15</b>
Zur fachlichen Formulierungshilfe Änderungsantrag 1	
Zu Artikel 1 Nummer 3, Artikel 4 Nummer 3 (§ 39 SGB V und § 9 KHEntgG)	
Weaning-Assessment während der Krankenhausbehandlung .....	15
Zur fachlichen Formulierungshilfe Änderungsantrag 3	
Zu Artikel 1 Nummer 16a (§ 301 SGB V)	
Übermittlung von Angaben bei Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten .....	16
Zur fachfremden Formulierungshilfe Änderungsantrag 1	
Zu Artikel 4 Nummer 0 (§ 4 Absatz 10 KHEntgG)	
Hebammenstellen-Förderprogramm .....	17
<b>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf</b> .....	<b>18</b>
Erweiterung der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG um die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin .....	18

## Allgemeiner Teil

---

Mit dem vorliegenden Entwurf eines *Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege- Stärkungsgesetz - RISG)* sollen die Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt und gleichzeitig der Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege neu gefasst werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf zielt neben der angemessenen Berücksichtigung der besonderen Bedarfe von intensivpflegebedürftigen - insbesondere auch außerklinisch beatmeten - Versicherten auf die Gewährleistung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung sowie auf die Beseitigung von Fehlanreizen und Missbrauchsmöglichkeiten in der außerklinischen Intensivpflege. Eine besondere Bedeutung misst der Gesetzgeber hierbei der Verbesserung der längerfristigen (prolongierten) stationären Beatmungsentwöhnung mit der vollständigen Ausschöpfung von vorhandenen Entwöhnungspotenzialen bei. Sowohl die o. g. formulierten Ziele als auch die Bedeutung der prolongierten Beatmungsentwöhnung werden vor dem Hintergrund einer Verbesserung der Versorgungsqualität in der außerklinischen Intensivpflege seitens der Krankenhäuser unterstützt.

Die durch den Gesetzentwurf intendierte Förderung sowie die sachgerechte Vergütung der Beatmungsentwöhnung sind grundsätzlich zu befürworten. Schon frühzeitig wurde in den Diskussionen zur Etablierung eines „Weaning-Kodes“ seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der AG OPS im Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die besondere Berücksichtigung des prolongierten Weanings sowie die Schaffung eines entsprechenden Kodes gefordert. Wenn dieser Vorschlag nun aufgegriffen und umgesetzt werden soll, kann dies als ein Schritt in die richtige Richtung betrachtet werden. Allerdings stellt der vorliegende Gesetzentwurf die hohe Qualifikation und Erfahrung der in der Beatmungstherapie und der Beatmungsentwöhnung tätigen Intensivmediziner in den Kliniken in Frage. Die vorgesehenen Abschläge für Krankenhäuser im Falle einer fehlenden Feststellung des Beatmungstatus oder einer nicht erfolgten Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung berücksichtigen nicht die auf den Intensivstationen vorhandene Kompetenz, Leistungsbereitschaft und Patientenorientierung und sind deshalb ersatzlos zu streichen.

Die besondere Beachtung der Beatmungsentwöhnung durch den Gesetzgeber im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfes kann zwar als Anerkennung der auf den Intensivstationen erbrachten Leistung verstanden werden und zu einer leistungsgerechten Vergütung beitragen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des besonderen, mit der Beatmungsentwöhnung verbundenen Aufwandes sehr zu begrüßen. Leider wird die Intention des Gesetzgebers durch das Urteil des BSG vom 19.12.2017, B 1 KR 18/17 R zur Beatmungsentwöhnung sowie die darauf folgende Rechtsprechung des LSG Baden-Württemberg konterkariert. Durch die weitreichende Rechtsprechung des BSG mit der Festlegung nahezu unerfüllbarer Nachweise einer postulierten „Gewöh-

nung“ der Patienten an die Beatmung, wird das tägliche Bemühen um die Beatmungspatienten in den Kliniken ohne jegliche medizinische Sinnhaftigkeit unnötig erschwert und entwertet. Die Auswirkungen dieses BSG-Urteils sind im Gesamtkontext des vorliegenden Gesetzentwurfes und der Entwicklung entsprechender Prozeduren-Kodes nicht absehbar und stehen der intendierten Förderung der Beatmungsentwöhnung entgegen. Die Einbindung von Einrichtungen, die einen besonderen Versorgungsschwerpunkt für die Entwöhnung längerzeitig beatmeter Patienten eingerichtet haben, und Vertragsärzten, insbesondere vor einer Überleitung von Patienten in die außerklinische Beatmung, ist grundsätzlich zu befürworten und wird auch derzeit schon praktiziert. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen entsprechen allerdings nicht der Versorgungsrealität in den Kliniken und unterliegen einer Fehleinschätzung hinsichtlich der beatmungsmedizinischen (inklusive der Beatmungsentwöhnung) Kompetenz und Erfahrung von Intensivmedizinern, Pneumologen und Vertragsärzten, die sich grundsätzlich bereits aus den jeweiligen Weiterbildungsinhalten ergeben. Im Sinne der mit dem Gesetz beabsichtigten intersektoralen Netzwerkstrukturen ist die patientenorientierte und weiterhin produktive Zusammenarbeit aller Versorgungsbereiche unabdingbar. Diese erfordert die Anerkennung der vorhandenen Qualifikationen auch seitens des Gesetzgebers. Statt der insgesamt kontraproduktiven Abschlüsse für Kliniken sind vielmehr Konkretisierungen und Veränderungen vorzunehmen, die der Kompetenz der Intensivmediziner Rechnung tragen.

Die dem vorliegenden Gesetzentwurf zugrundeliegenden Sachverhalte („Problem“) sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen („Lösung“), bedürfen darüber hinaus aufgrund ihrer erheblichen Auswirkungen auf Versicherte und Leistungserbringer einer detaillierten Betrachtung. Hinsichtlich der Ausgangslage in der außerklinischen Intensivpflege ist festzustellen, dass ihre Bedeutung in den letzten Jahren auch für beatmete Patienten stetig zugenommen hat und sich dies aufgrund des technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung auch in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Genaue Zahlen oder Erhebungen über die Anzahl von Klienten mit außerklinischer Beatmung existieren in Deutschland nicht<sup>1</sup>. Veröffentlichte Angaben hierzu sind stark abhängig von den gewählten Einschlusskriterien und schwanken von 5.500 bis 20.000 Personen<sup>2</sup>, rund 15.000 invasiv beatmeten Patienten<sup>3</sup> und „bis zu 50.000 Leistungsfällen in der ambulanten Intensivpflege“ in der Gesetzesbegründung. Die Varianz der genannten Zahlen legt nahe, dass die Grundlage des vorliegenden Gesetzentwurfes auf einer nicht eindeutig beschriebenen Grundgesamtheit basiert und Aussagen über das Ausmaß des adressierten Problems auf Vermutungen und Schätzungen beruhen. Kritisch zu hinterfragen ist die in der Begründung des Gesetzentwurfes genannte Höhe der Leistungsausgaben von 1,8 Mrd. Euro in diesem Bereich. Bei bis zu 50.000 Leistungsfällen für das Jahr 2018 würde dieser Wert eine Summe von 3.000 Euro pro Leistungsfall und Monat bedeuten. Medial werden hingegen deutlich höhere Ausgaben diskutiert.

<sup>1</sup> Karagiannidis C et al., Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung, DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift, 144(09), e58-e63.

<sup>2</sup> Reuschenbach, Projektbeschreibung OVER-BEAS – Optimierung der Versorgung beatmeter Patienten in der außerstationären Intensivpflege

<sup>3</sup> Schätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, „Mustervertrag Beatmungspatienten“, Berlin 2018

Neben dem Fehlen belastbarer Zahlen zu Leistungen und Kosten ist auch die fehlende Berücksichtigung der Heterogenität der Gründe für eine außerklinische Beatmung ausgesprochen kritisch zu betrachten. Die Vielfalt von möglichen Diagnosen, die einer außerklinischen Beatmung zugrunde liegen können, ist im Zusammenhang mit den avisierten Regelungen zur Ausschöpfung des vorhandenen Entwöhnungspotenzials, zur Überführung von Krankenhauspatienten in die außerklinische Intensivpflege/Beatmung sowie hinsichtlich der beabsichtigten Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes mit Abschlägen und Zusatzentgelten von grundlegender Relevanz. Als häufige Krankheitsbilder, die altersgruppenbezogen zu einer außerklinischen Beatmung führen, sind beispielsweise komplexe Missbildungen und zentrale Atemregulationsstörungen (bei Kindern), neuromuskuläre Erkrankungen sowie Unfallfolgen mit hoher Querschnittslähmung (bei jungen Erwachsenen) und Unfallfolgen mit hohem Querschnitt oder hypoxische Hirnschäden, z. B. nach überlebter Reanimation und COPD (bei älteren Erwachsenen), zu nennen<sup>4</sup>. Wie diese beispielhafte Aufzählung zeigt, wird ein Großteil der außerklinisch beatmeten Patienten nicht primär wegen eines pulmonalen Problems, sondern aufgrund anderer Grunderkrankungen beatmet. Für eine Beatmungsentwöhnung kommen diese Patienten oft nicht in Frage. Die oben beispielhaft genannten, nicht primär pulmonalen Indikationen sowie weitere Indikationen mit diagnosebedingt fehlendem Entwöhnungspotenzial sind im Sinne einer Vermeidung von Fehlallokationen und zur Reduzierung unsinniger Dokumentationsleistungen auf den Intensivstationen differenziert zu betrachten und von den avisierten Regelungen sowie der verpflichtenden Dokumentation von Weaning-Kodes auszunehmen.

Bei der Erarbeitung eines Kodes für die längerfristige Beatmungsentwöhnung ist dafür Sorge zu tragen, dass diese nicht ausschließlich in spezialisierten Einrichtungen erbracht werden kann. Andernfalls bleibt zu befürchten, dass es aufgrund der regionalen Verteilung der o. g. Einrichtungen sowie deren begrenzter Kapazität zu erheblichen Versorgungsengpässen kommen wird.

Aus Sicht der Krankenhäuser wäre der Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfes eine detaillierte Analyse zur Ausgangssituation der außerklinischen Beatmung voranzustellen.

Der Ansatz, die „Außerklinische Intensivpflege“ aus der Häuslichen Krankenpflege auszugliedern und in einem eigenen neuen Leistungsbereich zu regeln, stellt einen möglichen Lösungsansatz dar, um den veränderten Behandlungs- und Versorgungsgegebenheiten Rechnung zu tragen. Positiv ist dabei insbesondere zu bewerten, dass beatmeten und tracheotomierten Patienten im Zuge der Klärung der Frage des Potenzials für eine Beatmungsentwöhnung oder der Dekanülierung die besondere beatmungsmedizinische Expertise von Krankenhäusern auch ambulant zu Gute kommen kann. Dieser Umstand wird dazu beitragen, die sachgerechte und flächendeckende Umsetzung in diesem komplexen Versorgungsegment zu befördern.

Genauere Erläuterungen sind dem Besonderen Teil zu entnehmen.

---

<sup>4</sup> Robert Koch Institut, Außerklinische Intensivpflege: Aktuelle Herausforderungen im Hygienemanagement, Epidemiologisches Bulletin, 2015

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 37c SGB V)

#### Außerklinische Intensivpflege

#### Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Versicherte mit intensivmedizinischem Versorgungsbedarf werden in einem neuen Leistungsbereich zusammengefasst. In ihren Grundzügen folgt die neue Regelung einem ähnlichen Aufbau wie bei der Häuslichen Krankenpflege - dem Bereich, dem diese Leistungen bislang zugeordnet waren. Demnach soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Form einer Richtlinie den Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistung regeln. Daneben soll auch das Verfahren zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bestimmt werden, was damit begründet wird, dass vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege bei denjenigen Patienten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit, zur vollständigen Entwöhnung bzw. zur Dekanülierung zu erheben ist.

Zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials sollen auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt sein, die zu diesem Zweck dann an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Leistungserbringung der außerklinischen Intensivpflege soll auf der Grundlage von Verträgen nach § 132i SGB V (neu) erfolgen, die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden. Ausweislich der Begründung wird mit dieser Leistung kein neuer Personenkreis adressiert, da es sich bei den Anspruchsberechtigten um solche handelt, die Leistungen auf Grundlage der bisherigen Regelungen zur Häuslichen Krankenpflege erhalten haben. Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege kann in vollstationären Pflegeeinrichtungen, weiteren Pflegeeinrichtungen nach SGB XI, in bestimmten Wohneinheiten, im Haushalt des Versicherten oder an anderen geeigneten Orten erbracht werden. Bei der Entscheidung der Krankenkasse über das Vorliegen der Voraussetzungen als auch die Eignung des Leistungsortes ist eine Begutachtung des Medizinischen Dienstes heranzuziehen. Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, bisherige Unwuchten in den finanziellen Belastungen der Patienten, die in der Abhängigkeit zum Leistungsort standen, zu reduzieren.

## Stellungnahme

Der Regelungsentwurf bietet geeignete Ansätze für eine Neuordnung der außerklinischen Intensivpflege, um den veränderten Behandlungs- und Versorgungsgegebenheiten Rechnung zu tragen. Die Bündelung in einem eigenen Leistungsbereich wird es vereinfachen, bisherige Unterschiede in den finanziellen Belastungen der betroffenen Patienten in Abhängigkeit vom Ort der Leistung zielgenauer anzugehen, was auch an den diesbezüglich weitergehenden Regelungen ablesbar ist.

Es wird begrüßt, dass die Regelungen nunmehr die Möglichkeit eröffnen, dass beatmete und/oder tracheotomierte Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer ambulanten Versorgung im Zuge der Erhebung und Dokumentation ihres Entwöhnungspotenzials auch von der im großen Maße vorhandenen beatmungsmedizinischen Kompetenz der Krankenhäuser direkt profitieren können. Dieser Umstand wird eine sachgerechte und flächendeckende Umsetzung der Regelungen für diesen Bereich ohne Zweifel befördern.

Ebenfalls ist positiv zu bewerten, dass in der Begründung die Benennung des Kreises der für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege als besonders qualifiziert angesehenen Ärztegruppen gegenüber dem Referentenwurf noch an die tatsächlichen fachlichen Gegebenheiten angepasst wurde. Wären hier beispielweise weiterhin Ärzte ausgespart geblieben, die über die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen, hätte dies bedeutet, dass ausgerechnet auf eine derjenige Ärztegruppen „verzichtet“ worden wäre, die in der Regel über die größte intensiv- und beatmungsmedizinische Expertise verfügt.

## Änderungsvorschlag

Entfällt

### **Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 39 SGB V)**

#### **Feststellung des Beatmungsstatus bei Verlegung oder Entlassung von Patienten**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderung regelt, dass zur Krankenhausbehandlung auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten gehört.

## Stellungnahme

Die Beatmung von Patienten ist integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung. Sie kann geplant, zum Beispiel im Rahmen von operativen Eingriffen, erforderlich werden, wenn der Atemantrieb des Patienten gezielt medikamentös unterdrückt wird. Sie kann auch in Notfällen erforderlich sein, wenn die Atmung des Patienten, beispielsweise durch eine Störung des Bewusstseins oder eine Behinderung der Sauerstoffver-

sorgung durch funktionelle oder strukturelle Erkrankungen der Lunge und/oder Atemwege, gefährdet ist. Insbesondere im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung kommt der Beatmung deshalb ein hoher Stellenwert zu. Die Beatmung kann entweder mit Hilfe einer Maske (nicht-invasiv) oder eines Tubus bzw. einer Trachealkanüle (invasiv) erfolgen. Da die Beatmung sowohl sehr belastend für die Patienten ist als auch mit Komplikationen einhergehen kann, steht die frühestmögliche Wiederherstellung der Eigenatmung des Patienten im Vordergrund aller Therapiebemühungen. Sie beginnen quasi mit der Intubation und sind in den meisten Fällen erfolgreich. Dies spiegeln die hohen Zahlen beatmungsfrei entlassener Patienten nach Beatmung wieder. Bei einem Teil der Patienten ist eine zügige Wiederherstellung der ausreichenden Spontanatmung jedoch nicht möglich, weil die auslösende Ursache für die Beatmung nicht geheilt werden kann (z. B. Ausfall des Atemantriebes) oder trotz Beseitigung/Verbesserung des ursprünglichen Auslösers gezielte therapeutische Maßnahmen im Sinne eines Weanings (Beatmungsentwöhnung) erforderlich werden. Dieses wird standardmäßig und regelhaft im Rahmen der Beatmungstherapie in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. In wenigen Fällen ist eine Beatmungsentwöhnung zur Wiederherstellung der Spontanatmung des Patienten nicht möglich, sodass eine außerklinische Beatmung in Erwägung gezogen werden muss. Häufig ist dies in Folge einer Grunderkrankung der Fall, wenn Patienten an komplexen Missbildungen und zentralen Atemregulationsstörungen (insbesondere bei Kindern), neuromuskulären Erkrankungen sowie Unfallfolgen mit hoher Querschnittslähmung (insbesondere bei jungen Erwachsenen), an COPD (insbesondere bei älteren Erwachsenen) oder an hypoxischen Hirnschäden, z. B. nach überlebter Reanimation, leiden.

Laut der Gesetzesbegründung soll die beabsichtigte Neuregelung sicherstellen, dass Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten mit Entwöhnungspotenzial nicht vor-schnell in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden. Vorhandenes Entwöhnungspotenzial soll durch Verlegung in hierauf spezialisierte Krankenhäuser ausgeschöpft werden. Zu diesem Zweck soll vor Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten eine qualifizierte fachärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus und des Entwöhnungspotenzials durchgeführt werden.

Während die Erforderlichkeit der Erhebung des Beatmungsstatus vor **Entlassung** der Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege nachvollziehbar und verständlich ist, bleibt die Notwendigkeit zur Erhebung des Beatmungsstatus vor einer **Verlegung** der Beatmungspatienten unklar.

Die Verlegung eines Patienten in ein anderes Krankenhaus erfolgt, wenn bei Aufnahme oder im Verlauf der Behandlung festgestellt wird, dass es medizinisch sinnvoll ist, die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen. Die Verlegung beatmeter Patienten kann zum Zweck der Durchführung komplexer medizinischer Maßnahmen oder auch gezielt zur Beatmungsentwöhnung in einer hierfür spezialisierten Einrichtung erfolgen. In jedem Fall ist die Beatmung des Patienten sowohl vor als auch nach der Verlegung integraler Bestandteil der medizinisch-therapeutischen Behandlung. Die Information zum aktuellen Beatmungsstatus werden der aufnehmenden Einrichtung regelhaft mit den Verlegungsunterlagen mitgeteilt. Eine zusätzliche, quasi „offizielle“ Erhebung des Beatmungsstatus vor einer Verlegung ist daher nicht



erforderlich. Es wäre geradezu fahrlässig, wenn eine dringende Verlegung deshalb verzögert würde, weil zunächst die Feststellung des Beatmungsstatus durch einen externen Experten abgewartet werden müsste.

Die Forderung, zur Feststellung des Beatmungsstatus externe Expertise hinzuzuziehen, ist nicht nachvollziehbar. Wie bereits ausgeführt, ist die Beatmungsentwöhnung integraler Bestandteil der Beatmung und gehört zum fachlichen Kompetenzbereich jedes Intensivmediziners. Die zur Durchführung des prolongierten Weanings erforderliche Expertise ist damit in den Krankenhäusern verfügbar. Eine gesonderte Qualifikation oder gar das Hinzuziehen besonderer Experten zur Feststellung des Beatmungsstatus für sämtliche beatmete Patienten wird der Versorgungsrealität in den Kliniken nicht gerecht.

### Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1 Satz 6 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

„Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus vor ~~der Verlegung oder~~ der Entlassung von beatmeten Patienten.“

### Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b (§ 39 Absatz 1a SGB V) Verordnungen von Anschlussbehandlungen im Entlassmanagement

#### Beabsichtigte Neuregelung

Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus.

#### Stellungnahme

Anschlussbehandlungen in einem anderen Krankenhaus sind als Verlegungen nicht grundsätzlich mit einer Verordnung verbunden. Ausweislich der Gesetzesbegründung handelt es sich zudem um eine Kann-Bestimmung.

Vor dem Hintergrund einer Sanktionsbewehrung wird eine Anpassung der Formulierung vorgeschlagen. Um die Fehlinterpretation auszuschließen, dass Verlegungen künftig grundsätzlich einer Verordnung bedürften, wird vorgeschlagen, die Regelung klar als Kann-Formulierung und auf die Verlegung beatmeter Patienten einzuschränken.

### Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1a Satz 7 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

„Das Entlassmanagement **umfasst kann bei zum Entlasszeitpunkt beatmeten Patienten** auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus **umfassen**.“

---

## **Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 132i SGB V)**

### **Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für den nunmehr eigenen Bereich der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V (neu) wird die Ausgestaltung der Versorgung vor Ort geregelt. Die Regelung orientiert sich dabei eng an den bereits bekannten Vorgaben des § 132a SGB V für die Häusliche Krankenpflege. Demnach sollen auch hier sogenannte Rahmenempfehlungen, welche gemeinsam vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen sowie den Spitzenorganisationen der Pflegedienste abzugeben sind, die Grundlage für die Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vor Ort darstellen. Vor deren Abgabe ist der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kann über die Rahmenempfehlungen keine Einigung erzielt werden, kann von den Vereinbarungspartnern sowie dem Bundesministerium für Gesundheit eine Schiedsstelle angerufen werden, deren Zusammensetzung ebenfalls an dieser Stelle geregelt ist. Über die Erbringung der außerklinischen Intensivpflege schließen die Landesverbände der Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern.

#### **Stellungnahme**

Der Regelungsansatz erscheint in dieser Form grundsätzlich sinnvoll, da er auf einer bereits bekannten und praktizierten Verfahrensweise (zahlreiche Analogien zum Bereich der Häuslichen Krankenpflege) aufbaut. Größere Anlaufschwierigkeiten sollten damit erspart bleiben.

#### **Änderungsvorschlag**

Entfällt

## Artikel 4

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### **Zu Artikel 4 Nummer 1 und 3 (§ 5 Absatz 3 KHEntgG und § 9 Absatz 1a KHEntgG)** **Vereinbarung von Abschlägen für Krankenhäuser bei fehlender Feststellung des** **Beatmungsstatus oder fehlender Verordnung einer Anschlussversorgung zur** **Beatmungsentwöhnung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 KHEntgG Abschläge für Krankenhäuser, wenn eine Einschätzung des Beatmungsstatus nach § 39 Absatz 1 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung entgegen § 39 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfolgt.

#### **Stellungnahme**

Die Indikationen für eine Beatmung im Rahmen einer medizinischen Behandlung sind außerordentlich vielfältig. Die Entwöhnung (Weaning) der Patienten von der Beatmungsmaschine ist integraler Bestandteil der Beatmungstherapie. Wird ein Patient über einen Tubus oder eine Trachealkanüle beatmet, werden im Rahmen der Entwöhnung sogenannte Spontanatmungsversuche unternommen. Gelingen dem Patienten eigene Atemzüge, kann die maschinelle Unterstützung durch die Beatmungsmaschine reduziert werden. Sobald der Patient über eine ausreichende Spontanatmung verfügt, lässt sich in der Regel die Beatmung beenden. Erfolgt die Beatmung über eine Trachealkanüle, verbleibt diese zunächst. Im Anschluss folgen Intervalle, in denen der Patient entweder nicht-invasiv mittels Maske oder über die Trachealkanüle unterstützend an die Beatmungsmaschine angeschlossen wird. Dies dient der Vermeidung von Erschöpfungszuständen und dem Vorbeugen von Komplikationen, wie z. B. einer Lungenentzündung. In der Phase der Entwöhnung bedarf es einer besonders intensiven Beobachtung und Betreuung der Patienten. Dies ist nicht nur erforderlich, wenn der Patient zur Unterstützung an die Maschine angeschlossen wird, sondern insbesondere in Phasen der Spontanatmung, den sogenannten beatmungsfreien Intervallen. Von einem prolongierten oder längerfristigen Weaning ist dann die Rede, wenn eine Entwöhnung erst nach drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen oder nach mehr als sieben Tagen Beatmung nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch gelingt. Sowohl das reguläre als auch das prolongierte Weaning wird derzeit erfolgreich an allen Krankenhäusern durchgeführt, die Beatmungstherapie leisten.

Die Abbildung des Weanings und des damit einhergehenden Aufwands sind seit langem Gegenstand von Beratungen und juristischen Auseinandersetzungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19.12.2017, B 1 KR 18/17 R zur Beatmungsentwöhnung sowie die darauffolgende

Rechtsprechung des LSG Baden-Württemberg, in denen für die Anerkennung der medizinischen Leistung der nahezu unerfüllbare Nachweis einer „Gewöhnung“ der Patienten an die Beatmung gefordert wird, stellten die Krankenhäuser vor enorme Schwierigkeiten in der Abbildung der Beatmungsentwöhnung, insbesondere auch des prolongierten Weanings.

Weiterhin sind Abschlagszahlungen vorgesehen, wenn ein Krankenhaus eine erforderliche Verlegung zur längerfristigen Beatmungsentwöhnung in eine hierauf spezialisierte Einheit nicht vornimmt oder nicht veranlasst. Aufgrund der regionalen Verteilung der o. g. Einrichtungen sowie deren begrenzter Kapazität ist zu befürchten, dass es zu Versorgungsengpässen kommen wird. Im Hinblick darauf ist es nicht sachgerecht, Krankenhäuser, die Beatmungspatienten zur längerfristigen Beatmungsentwöhnung verlegen wollen, aber aufgrund begrenzter Kapazitäten und Platzmangel keine geeignete aufnehmende spezialisierte Einrichtung finden, mit Abschlagszahlungen zu bestrafen.

Zudem entspricht die Fokussierung allein auf solche spezialisierten Einrichtungen nicht der Versorgungsrealität und unterliegt einer Fehleinschätzung hinsichtlich der beatmungsmedizinischen (inklusive der Beatmungsentwöhnung) Kompetenz und Erfahrung von Intensivmedizinern, Pneumologen und Vertragsärzten, die sich grundsätzlich bereits aus den jeweiligen Weiterbildungsinhalten ergeben. Die Beatmungsentwöhnung ist integraler Bestandteil der Beatmung und gehört zum fachlichen Kompetenzbereich jedes Intensivmediziners. Die zur Durchführung des prolongierten Weaning erforderliche Expertise ist damit in den Krankenhäusern verfügbar und wird dort auch eingesetzt.

Auch stellt sich die Frage, wer am Ende (ex post) verbindlich darüber entscheidet, ob ein Patient noch von der Beatmung hätte entwöhnt werden können. Diesbezüglich ist mit zahlreichen Abrechnungskonflikten zu rechnen, wenn seitens der GKV behauptet wird, es wäre noch Entwöhnungspotential vorhanden gewesen, dem dann wieder nur in Gerichtsverfahren angemessen begegnet werden kann.

Bei der Erarbeitung eines Kodes für die längerfristige Beatmungsentwöhnung ist daher darauf zu achten, dass diese zukünftig nicht ausschließlich in spezialisierten Einrichtungen (sog. Weaningzentren) erbracht werden darf.

Der Anlass des Gesetzesvorhabens ist nicht auf ein Fehlverhalten von Krankenhäusern zurückzuführen. Fehlen trotz entsprechender Bemühungen des Krankenhauses für beatmete Patienten geeignete Verlegungsoptionen oder stehen nicht zeitgerecht Kapazitäten zur Verfügung, liegt dies nicht im Verantwortungs- oder Einflussbereich des Krankenhauses. Es ist auch nicht auszuschließen, dass in Einzelfällen Konstellationen auftreten können, in denen Patienten die intendierte Weiterbehandlung zugunsten einer anderen Vorgehensweise ablehnen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Verlegung von beatmeten Patienten mit einem hohen gesundheitlichen Risiko für den Patienten verbunden sein und aus diesem Grund nicht in jedem Fall empfohlen werden kann.

Obwohl unbestritten das Interesse der Kassen besteht, eine Verlegung in geeignete Behandlungen zu ermöglichen, ist mit Blick auf die Rechnungsprüfungen nach § 17c KHG und die mittelfristig prüfquoten- und sanktionsrelevante Einstufung nach § 275c Abs. 4 SGB V eine mögliche Verzögerung geeigneter Verlegungsoptionen kassenseitig strategiefähig. Die Festlegung von Abschlägen für Krankenhäuser, bei denen eine Einschätzung des Beatmungsstatus oder die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht erfolgt, ist vor diesem Hintergrund abzulehnen.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Als Folgeänderung ist Artikel 4 Nummer 3 ebenfalls zu streichen.

### **Zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 6 Absatz 2a KHEntgG)**

Vereinbarung eines krankenhausespezifischen Zusatzentgelts ab dem Jahr 2021

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Soweit für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung noch kein Zusatzentgelt nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 kalkuliert werden kann, ist hierfür ab dem Jahr 2021 ein gesondertes krankenhausespezifisches Zusatzentgelt zu vereinbaren, Satz 2 gilt entsprechend.

### **Stellungnahme**

Die leistungsgerechte Vergütung der stationären längerfristigen Beatmungsentwöhnung wird grundsätzlich befürwortet. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat schon frühzeitig in den Diskussionen zur Etablierung eines „Weaning-Kodes“ in der AG OPS im DIMDI die besondere Berücksichtigung des prolongierten Weanings sowie die Schaffung eines entsprechenden Kodes gefordert. Wenn dieser Vorschlag nun aufgegriffen, umgesetzt und angemessen vergütet werden soll, kann dies als ein Schritt in die richtige Richtung betrachtet werden. Da ein prolongiertes Weaning schon aufgrund seiner Definition mit einer längeren stationären Behandlung einhergeht, kann im Einzelfall die Verlegung von Patienten in dafür besonders ausgerichtete Einrichtungen sinnvoll sein. Der für die längerfristige stationäre Beatmungsentwöhnung zu schaffende Operations- und Prozedurenschlüssel darf jedoch nicht zu einer Schlechterstellung von Kliniken führen. Wie bereits ausgeführt, ist die Beatmungsentwöhnung integraler Bestandteil der Beatmung und gehört zum Kompetenzbereich fachweitergebildeter Intensivmediziner. Die längerfristige Beatmungsentwöhnung ist in den meisten Fällen Bestandteil der intensivmedizinischen Behandlung und als solche auch entsprechend zu vergüten. Auch muss hinterfragt werden, ob die derzeitigen vorhandenen Strukturen ausreichen, um die längerfristige Entwöhnung ausschließlich in dafür besonders ausgerichteten Einrichtungen umzusetzen. Vielmehr sollten die vielerorts bestehenden Versorgungsmodelle

---

gestärkt werden, indem ihnen die Durchführung und Abrechnung einer längerfristigen Beatmung ebenfalls ermöglicht wird.

### **Änderungsvorschlag**

Entfällt

---

## **Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

---

### **Zur fachlichen Formulierungshilfe Änderungsantrag 1**

Zu Artikel 1 Nummer 3, Artikel 4 Nummer 3 (§ 39 SGB V und § 9 KHEntgG)

Weaning-Assessment während der Krankenhausbehandlung

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Änderungsantrag sieht vor, dass die Einschätzung des Beatmungsstatus nicht erst vor Verlegung oder Entlassung, sondern auch schon während der Krankenhausbehandlung erfolgen soll. Die Voraussetzungen und die Zeitabstände der Einschätzung des Beatmungsstatus während der Krankenhausbehandlung sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass ein Entwöhnungspotenzial durch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung frühzeitig erkannt wird und Entwöhnungsmaßnahmen eingeleitet werden können.

#### **Stellungnahme**

Diese Regelung ist abzulehnen. Wie bereits zu Art. 1 Nr. 3a) dargestellt, ist die Beatmung von Patienten integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung. Dazu wird der „Beatmungsstatus“ des Patienten regelmäßig und fortlaufend erhoben und überwacht.

Die beatmungsmedizinische (inklusive der Beatmungsentwöhnung) Kompetenz und Erfahrung von Intensivmedizinern und Pneumologen ergibt sich bereits grundsätzlich aus den jeweiligen Weiterbildungsinhalten. Die Feststellung des Beatmungsstatus gehört damit zum Kompetenzbereich jedes Intensivmediziners und ist integraler Bestandteil der Beatmung. Anderenfalls würde eine Beatmung nicht lege artis erfolgen.

Der Beatmungsstatus beatmeter Patienten wird während der Krankenbehandlung folglich auch ohne die vorgesehene Regelung bereits jetzt in den Krankenhäusern durch fachlich qualifizierte ärztliche Einschätzung erhoben. Eine weitere zusätzliche Erhebung und Nachweispflicht ist überflüssig und würde lediglich erhöhten Dokumentations- und Verwaltungsaufwand ohne sichtbaren qualitativen Mehrwert für die Patientenbehandlung bedeuten.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

## **Zur fachlichen Formulierungshilfe Änderungsantrag 3**

### **Zu Artikel 1 Nummer 16a (§ 301 SGB V)**

#### **Übermittlung von Angaben bei Entlassung oder Verlegung von Beatmungspatienten**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Änderungsantrag regelt, dass die Krankenhäuser im Wege der elektronischen Datenübertragung nach § 301 Abs. 1 SGB V bei der Verlegung oder der Entlassung von Beatmungspatienten der Krankenkasse auch Angaben zu übermitteln haben, in welche Einrichtung eine Verlegung erfolgt oder ob eine Entlassung in eine Heimbeatmung geplant ist. Dadurch sollen zeitnah Informationen übermittelt werden, ob Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung geplant sind.

### **Stellungnahme**

Die Aufnahme der im Änderungsantrag geforderten Angaben ist redundant. Angaben zur Verlegung von Patienten bzw. zur Anschlussversorgung werden bereits jetzt gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V (Verlegung) sowie § 301 Abs. 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V (Entlassmanagement, Angabe geeigneter Einrichtungen zur Anschlussversorgung) übermittelt.

Soweit mit der geplanten Regelung beabsichtigt ist, zeitnah Informationen darüber zu erhalten, ob Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung geplant sind, ist diese Regelung nicht geeignet, diese Intention zu erfüllen. Informationen zum Entwöhnungspotenzial können nicht sachgerecht im § 301-Verfahren übermittelt werden, da diese Übermittlung weder zeitlich an die physische Entlassung des Patienten gekoppelt ist, noch es generell vorgesehen ist, dass rein medizinische Informationen im Rahmen der Rechnung übermittelt werden.

Darüber hinaus können Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung bereits in der verlegenden bzw. entlassenden Einrichtung stattgefunden haben. Angaben zu diesen werden gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V durch die Angabe entsprechender OPS-Schlüsselnummern übermittelt.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.



---

**Zur fachfremden Formulierungshilfe Änderungsantrag 1**  
**Zu Artikel 4 Nummer 0 (§ 4 Absatz 10 KHEntgG)**  
**Hebammenstellen-Förderprogramm**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird mit dem neuen § 4 Abs. 10 KHEntgG ein Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 eingeführt. Demnach sollen jeweils 0,5 Hebammenstellen je 500 Geburten zusätzlich finanziert werden. Zudem können zur Entlastung der Hebammen zusätzliche Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal im Umfang von bis zu 10 Prozent der Hebammen-Vollzeitstellen finanziert werden.

**Stellungnahme**

Aus Sicht der Krankenhäuser ist die Einführung eines Hebammenstellen-Förderprogramms ausdrücklich zu begrüßen. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels bei den Hebammen ist auch die Möglichkeit zur Finanzierung von Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal (Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte) positiv zu bewerten.

Die Krankenhäuser weisen jedoch darauf hin, dass mit der Begrenzung des Förderprogramms auf drei Jahre derzeit keine langfristige Refinanzierung der zusätzlichen Stellen sichergestellt ist. Es ist nicht erkennbar, dass die im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms zusätzlich bereitgestellten Mittel auch nach Ablauf des Förderprogramms zum 1. Januar 2024 im Krankenhausbereich erhalten bleiben. Dies ist zwingend sicherzustellen, um einen dauerhaften Anreiz für die Einstellung von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe zu geben. Insofern ist entweder eine Regelung zu treffen, mit der die zusätzlichen Mittel auch nach dem Jahr 2023 beim Krankenhaus verbleiben oder eine Einrechnung in den Landesbasisfallwert vorzusehen, wie es beispielsweise auch bei dem Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG gesetzlich vorgegeben ist.

**Änderungsvorschlag**

Entfällt

---

## **Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf**

---

### **Erweiterung der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG um die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin**

Die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene müssen gemäß § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhäuser vereinbaren, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen. Krankenhäuser, die in dieser Liste aufgenommen wurden erhalten gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG im folgenden Jahr eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro jährlich.

Die aktuellen Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V bestehen in der Erstfassung seit dem 24.11.2016 für die notwendige Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin und Chirurgie. In der letzten Änderung vom 19.04.2018 wurde als weitere notwendige Vorhaltung die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe in den Sicherstellungszuschläge-Regelungen aufgenommen. Krankenhäuser mit diesen Fachabteilungen erhalten derzeit bei Erfüllung der Voraussetzungen die zusätzliche Finanzierung.

In der G-BA-Sitzung des UA-Bedarfsplanung am 20.01.2020 wurde sowohl vom GKV-Spitzenverband als auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft der Antrag eingebracht, die bestehenden Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu ergänzen.

Der Antrag der DKG und des GKV-SV beruht auf einem Ergebnis des gemeinsamen Arbeitspapiers des GKV-SV, der DKG, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) und der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) vom 02.09.2019 zur Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern im Fallpauschalensystem. Hintergrund dieses Arbeitspapiers ist ein gemeinsames Gespräch mit dem Bundesminister für Gesundheit, Herrn Jens Spahn, am 25.06.2019, in dem der Bundesgesundheitsminister die Institutionen aufgefordert hat, Lösungsvorschläge für Problemfelder in der derzeitigen Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im bestehenden Fallpauschalensystem abzustimmen.

In diesem Arbeitspapier wird attestiert, dass die flächendeckende Grund- und Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die Versorgung mit den notwendigen Leistungsangeboten in den derzeitigen Vergütungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens noch ein deutliches Verbesserungspotential beinhaltet. Eine der zentralen Herausforderungen bei der Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Fallpauschalensystem ist die nicht ausreichende Finanzierung spezifischer (Vorhalte-)Kosten von Kliniken und Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche. Daher wird in dem gemeinsamen Arbeitspapier als Lösungsansatz zur Sicherung der

notwendigen Grund- und Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche in ländlichen, strukturschwachen Regionen vorgeschlagen, die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) um die Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als notwendige Vorhaltungen von basisversorgungsrelevanten Leistungen nach § 5 Absatz 1 der Sicherstellungszuschläge-Regelungen zu ergänzen.

Dieser Antrag wurde in der Sitzung des Unterausschusses Bedarfsplanung am 20.01.2020 angenommen und beschlossen, dass die inhaltliche Beratung in die G-BA-AG Sicherstellungszuschläge aufgenommen wird. Aufgrund der Entwicklung fand bisher nur eine Sitzung der G-BA-AG Sicherstellungszuschläge am 17.02.2020 statt. Weiter geplante Sitzungen wurden aufgrund der fortschreitenden SARS-CoV-2-Pandemie abgesagt. Die Beratungen werden im Unterausschuss Bedarfsplanung am 12.06.2020 fortgeführt.

Durch die Verzögerung der G-BA-Tätigkeiten ist eine Ergänzung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin als Voraussetzung für eine Aufnahme auf die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG bis zum 30. Juni 2020 nicht mehr möglich. Dadurch würden diesen Krankenhäusern die notwendigen Finanzmittel ein weiteres Jahr nicht gewährt.

Eine gesetzliche Änderung würde die Möglichkeit eröffnen auch Krankenhäuser, die den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin vorhalten und die Vorgaben nach Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen, auf die Liste der Krankenhäuser für das Jahr 2021 gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufzunehmen.

Aufgrund der dargelegten Gründe und der Notwendigkeit der Sicherung der notwendigen Grund- und Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche in ländlichen, strukturschwachen Regionen schlagen die Krankenhäuser folgenden Lösungsansatz vor:

### **Änderungsvorschlag**

§ 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG wird wie folgt ergänzt:

„(6) jährlich zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2019, eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen; **erstmals zum 30. November 2020 eine Ergänzung der Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ergänzt um die Vorhaltung für Kinder- und Jugendmedizin, erfüllen;**“