

## **Stellungnahme**

— **der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum**

**Referentenentwurf**

— **eines**

**Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und  
intensivpflegerischer Versorgung in der  
gesetzlichen Krankenversicherung**

**(Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)**

**Stand: 6. September 2019**

---

## 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 12 (§ 112 Absätze 2 und 3 SGB V)	
Vereinbarung zur Feststellung des Beatmungsstatus bei Verlegung oder Entlassung von Patienten .....	9
Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 132i SGB V)	
Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege.....	11
<b>Artikel 4 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....	<b>13</b>
Zu Artikel 4 Nr.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 .....	13
Zu Artikel 4 Nr. 2 (§ 9 Absatz 1a KHEntgG)	
Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Zusatzentgelts ab dem Jahr 2021 .....	14

---

## Allgemeiner Teil

---

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf 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 Beatmungsstatus 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 „Gewöhnung“ der Patienten an die Beatmung, wird das tägliche Bemühen um die Beatmungs-

patienten 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 bei sich 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 beatmete 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 Deutschen Krankenhausgesellschaft ist der Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfes eine detaillierte Analyse zur Ausgangssituation der außerklinischen Beatmung unbedingt 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. Unverständlich bleibt jedoch, warum es Patienten erheblich erschwert werden soll, die Leistung im eigenen Haushalt zu erhalten. Auch wirft die Regelung zur Verordnung der Leistung Fragen zur Praktikabilität und Angemessenheit auf. Zudem soll offenbar die Chance ungenutzt bleiben, beatmeten und tracheotomierten Patienten die besondere beatmungsmedizinische Expertise von Krankenhäusern auch ambulant zukommen zu lassen, nämlich bei der Klärung der Frage des Potenzials für eine Beatmungsentwöhnung oder der Dekanülierung im Verlauf einer außerklinischen Intensivpflege.

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. Neu hinzugekommen ist, dass auch das Verfahren zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bestimmt werden soll, 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.

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. Vorrangig soll die Leistung in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in bestimmten Wohneinheiten erfolgen. In besonderen und damit nachrangigen Situationen kann die Leistung auch im Haushalt des Versicherten erfolgen. Eine solche Situation ist beispielsweise bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gegeben. Um bisherigen Ungleichheiten in den finanziellen Belastungen der Versicherten in Abhängigkeit des Ortes der Inanspruchnahme abzumildern, sollen Patienten, die in stationären Pflegeeinrichtungen mit außerklinischer Intensivpflege versorgt werden, finanziell entlastet werden.

## Stellungnahme

Der Regelungsentwurf bietet erste 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.

Die konkreten Regelungen rund um den Vorgang der Verordnung werfen jedoch Fragen auf, die Zweifel daran nähren, dass bei einer Umsetzung mögliche Verbesserungspotenziale realisiert werden können.

So stellt sich die Frage, ob es tatsächlich erforderlich ist, die Verordnungsbefugnis nur auf einen sehr begrenzten Kreis von Ärzten zu beschränken. Die bisherigen Regelungen in der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie sehen dies so nicht vor. Die betroffenen Patienten befinden sich aufgrund ihrer Erkrankungsschwere nicht selten bereits in langjähriger Behandlung durch einen, ihnen sehr vertrauten Arzt. Es wäre kontraproduktiv, diese Ärzte in ihrer Möglichkeit zu beschneiden, eine solche Verordnung vornehmen zu können. Zudem bleibt unklar, wie gewährleistet wäre, dass die Patienten flächendeckend einen zuverlässigen Zugang zu diesen im Gesetzentwurf genannten „besonders qualifizierten“ Vertragsärzten haben. Dies verdeutlicht auch der Umstand, dass diese Ärzte für die Versorgung dieser Versicherten einerseits besonders qualifiziert sein sollen, gleichzeitig die möglichen Grunderkrankungen aber von einer erheblichen Heterogenität in Bezug auf diesbezüglichen medizinischen Fachbereiche gekennzeichnet sind. Unverständlich bleibt auch, warum in der Gesetzesbegründung Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie hier so besonders hervorgehoben wurden. Gemäß Weiterbildungsordnung müssen diese lediglich 6 Monate in der Intensivmedizin verbracht haben - ein Zeitraum, den auch viele andere Facharzt-Disziplinen erfüllen müssen und der sogar unter dem von Anästhesisten (12 Monate) und sämtlichen Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung „spezielle Intensivmedizin“ (18 Monate) liegt. Zudem muss bedacht werden, dass bei vielen Vertragsärzten aufgrund bereits längerer Niederlassung die intensivmedizinische Erfahrung verständlicherweise zeitlich weit zurückliegt.

Für die in der Regelung vorgesehene Klärung eines Potenzials zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung wäre es zielführender, hier eine Einbeziehung der Expertise von Krankenhäusern zu ermöglichen und einen Ermächtigungstatbestand zu schaffen, dass Krankenhäuser diese Klärung ambulant durchführen dürfen. Die Frage einer solchen Klärung sollte sich zudem an der individuellen Erkrankungssituation und dem Behandlungsverlauf orientieren und nicht starr an jede Verordnung von außerklinischer Intensivpflege geknüpft werden. Daneben bleibt die Zielrichtung und damit die Notwendigkeit einer Dokumentation der Größe des Entwöhnungspotenzials auf der Verordnung auch vor dem Hintergrund der teilweise fraglichen Sicherheit solcher quantitativ zu beschreibenden Prognosen unklar.

Es ist nachvollziehbar, dass der G-BA mit der Regelung in Richtlinienform beauftragt werden soll, da dieser bereits für die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie zuständig ist. Unter Berücksichtigung der Zeiträume des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sowie eines fachlich angemessenen Gestaltungsprozesses durch den G-BA erscheint die vorgesehene Frist der Fertigstellung der neuen Richtlinie bis zum 30. Juni 2020 allerdings zu knapp bemessen.

## Änderungsvorschlag

§ 37c Abs. 1 SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

*„Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Die Leistung bedarf der Verordnung durch einen ~~für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifizierten~~ Vertragsarzt. ~~Bei Versicherten, die kontinuierlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, ist vor einer Verordnung außerklinischer Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung zu erheben und in der Verordnung zu dokumentieren.~~ Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum ~~30. Juni~~ 31. Dezember 2020 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 Leistungen ~~einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials.~~“*

Dem Gedanken einer vernetzten sektorenübergreifenden Versorgung für beatmete oder tracheotomierte Patienten folgend, erscheint daneben eine Regelung in der Art einer Ermächtigung zielführend, die es ermöglicht, dass Krankenhäuser bei Bedarf zur ambulanten ärztlichen Mitbetreuung dieser Patienten hinzugezogen werden können, wenn es um die Klärung der Frage einer möglichen Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung geht.



## **Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 112 Absätze 2 und 3 SGB V)**

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderung sieht vor, dass in den zweiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung auch zu regeln ist, dass der Beatmungsstatus von Beatmungspatienten bei Entlassung oder Verlegung durch einen qualifizierten Facharzt festzustellen ist. Weiterhin soll die Landesschiedsstelle nach §114 innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrags festsetzen, wenn dieser ganz oder teilweise nicht zustande kommt.

#### **Stellungnahme**

Die Beatmung von Patienten ist integraler Bestandteil vieler medizinisch-therapeutischer Verfahren. Sie kann geplant, zum Beispiel im Rahmen von operativen Eingriffen erforderlich werden, wenn der Atemantrieb des Patienten gezielt medikamentös unterdrückt wird. Sie kann aber auch in Notfällen erforderlich sein, wenn die Atmung des Patienten beispielsweise durch eine Störung des Bewusstseins oder eine Behinderung des Gasaustausches in der Lunge gefährdet ist. Insbesondere im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung kommt ihr deshalb ein hoher Stellenwert zu. Die Beatmung kann entweder mit Hilfe einer Maske (nicht-invasiv), eines Tubus oder einer Trachealkanüle (invasiv) erfolgen. Da insbesondere letztere auch mit Komplikationen einhergehen können, steht die Wiederherstellung der Eigenatmung des Patienten im Vordergrund jeglicher Therapieansätze. In der Regel kann eine Beatmungstherapie dann beendet werden, wenn die ursprüngliche Indikation behoben wurde. Bei einem Teil der Patienten ist eine zügige Wiederherstellung der ausreichenden Spontanatmung trotz Beseitigung des ursprünglichen Auslösers nicht möglich, sodass gezielte therapeutische Maßnahmen im Sinne eines prolongierten Weanings erforderlich werden. Dieses wird standardmäßig und regelhaft im Rahmen der Beatmungstherapie in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. In wenigen Fällen ist eine Entwöhnung des Patienten nicht möglich, sodass eine außerklinische Beatmung in Erwägung gezogen werden muss. Häufig ist dies der Fall, wenn Patienten an komplexen Missbildungen und zentralen Atemregulationsstörungen (bei Kindern), neuromuskulären Erkrankungen sowie Unfallfolgen mit hoher Querschnittslähmung (bei jungen Erwachsenen) und Unfallfolgen mit hohem Querschnitt oder hypoxischen Hirnschäden, z. B. nach überlebter Reanimation und COPD (bei älteren Erwachsenen), leiden. In Folge der Grunderkrankung haben diese Patienten oft kein oder nur ein sehr geringes Entwöhnungspotenzial. Laut § 3 Absatz 6 des *Rahmenvertrags über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V* nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt mit der Krankenkasse auf, sobald ein patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird. Insbesondere bei neuem oder geändertem Versorgungsbedarf im Bereich Pflege, inklusive der außerklinischen Intensivpflege, ist dies der Fall. Die zuständige Kasse leitet dann umgehend das entsprechende Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren ein.

Vor diesem Hintergrund wirft die beabsichtigte Neuregelung eine Reihe von Fragen auf. Die neu aufgenommenen Begriffe „Beatmungspatienten“ und „Beatmungsstatus“ sind in Ermangelung einer eindeutigen Definition ungenau. Dies eröffnet Auslegungsspielräume, die unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Interessenslagen ein erhebliches Streitpotenzial beinhalten. Der Begriff „Beatmungspatient“ kann so verstanden werden, dass er sämtliche Patienten umfasst, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung invasiv oder nicht-invasiv beatmet werden/wurden. Ob der Begriff „Beatmungsstatus“ hierzu die nötige Klarheit bringt, ist zu bezweifeln, weil er je nach Anwendungsbereich sehr unterschiedlich auszulegen ist. Sofern der Begriff sich auf die abgeschlossene oder andauernde Beatmungstherapie bezieht, hätte dies zur Folge, dass bei sämtlichen Patienten, die im Rahmen der stationären Behandlung beatmet wurden, eine entsprechende Dokumentation zu erfolgen hat. Die Feststellung des „Beatmungsstatus“ durch einen qualifizierten Facharzt bleibt in diesem Zusammenhang weitestgehend unklar. Da die Entwöhnung, auch im Sinne eines prolongierten Weanings, elementarer Bestandteil jeglicher Beatmungstherapie ist und diese regelhaft in deutschen Krankenhäusern durchgeführt wird, ist die hierfür notwendige fachliche Qualifikation Inhalt mehrerer Facharzt- und Zusatzweiterbildungen. Die zum prolongierten Weaning erforderliche Expertise ist in vielen Krankenhäusern verfügbar. Eine gesonderte Qualifikation oder gar das Hinzuziehen externer Expertise für sämtliche beatmete Patienten wird der Versorgungsrealität in den Kliniken nicht gerecht. Wird der „Beatmungsstatus“ (auch unter Hinzuziehen externer Expertise) nicht dokumentiert, werden, den Neuregelungen des Artikels 4 Nr. 1 des vorliegenden Gesetzentwurfes folgend, Abschlüsse fällig. Der durch diese Regelung zu befürchtende organisatorische und bürokratische Aufwand steht in keinem Verhältnis zu der Anzahl an Patienten, die tatsächlich eine Weiterbehandlung oder außerklinische Beatmung benötigen.

Sollte die Intention der Neuregelung die Feststellung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials von bei Entlassung noch beatmeten Patienten sein, ist der intendierte Informationszuwachs zu hinterfragen. Wie zuvor dargestellt, sind diese Informationen als Bestandteil des Entlassmanagements zur Einleitung des Antrags- bzw. Genehmigungsverfahrens an die zuständige Kasse zu übermitteln. Eine nochmalige Dokumentation unter der Androhung von Abschlüssen ist demnach nicht nachvollziehbar und wird abgelehnt. Darüber hinaus bleibt anzumerken, dass im Rahmen des §112 Absatz 2 SGB V bisher eher übergeordnete Regelungen zu Art und Umfang der Krankenhausbehandlung getroffen werden. Mit der Feststellung des „Beatmungsstatus“ von „Beatmungspatienten“ hebt sich die beabsichtigte Neuregelung hinsichtlich ihres Detaillierungsgrades und die Referenzierung auf eine bestimmte Patientengruppe deutlich von den bisher vorhandenen Regelungen ab. Eine sachliche Begründung für die Sonderstellung von „Beatmungspatienten“ im Vergleich zu anderen Patientengruppen und damit verbundene besondere Dokumentationsanforderungen erschließen sich nicht.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

---

## **Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 132i SGB V)** **Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege**

### **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. Für die Erbringung der außerklinischen Intensivpflege schließen die Leistungserbringer (stationäre Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste und Wohneinheiten) Verträge mit den Krankenkassen. Für diese Verträge sind von den Leistungserbringern u. a. auch Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten Fachärzten nachzuweisen, die die ärztliche Überwachung von Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung übernehmen sollen.

### **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. Mit den Regelungen unter § 132i Absatz 6 SGB V (neu) erfährt zudem der erforderliche Netzwerkcharakter der Versorgung für diese Patienten eine besondere Betonung. Insbesondere auch die geforderten Kooperationsvereinbarungen zur ärztlichen Einbindung bei der Betreuung von beatmeten und tracheotomierten Patienten stellen eine wichtige Anforderung dar. Die bereits zu Artikel 1 Nummer 1 gemachten Ausführungen aufgreifend, möchten die Krankenhäuser anregen, hier auch Krankenhäuser als Kooperationspartner zu berücksichtigen, da im Wesentlichen dort die Expertise zur Beatmung vorhanden ist. Zudem sollte die Regelung so spezifiziert werden, dass diese nicht so interpretiert werden kann, dass die Beatmungsentwöhnung (Weaning) fortan im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege stattfinden soll.

### **Änderungsvorschlag**

§ 132i Absatz 6 Satz 2 Nr. 1 (neu) wird wie folgt gefasst:

---

„Kooperationsvereinbarungen mit **Krankenhäusern oder** spezialisierten Fachärzten zu schließen, die ~~insbesondere die ärztliche Überwachung der Umsetzung der mit der Verordnung außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Absatz 1 Satz 3 dokumentierten notwendigen Maßnahmen bei Bedarf das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen~~ Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung erheben und Empfehlungen zur weiteren Behandlung abgeben, sicherstellen,“

## Artikel 4

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Artikel 4 Nr.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 vereinbaren auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 8 Abschläge für Krankenhäuser, wenn eine Feststellung des Beatmungsstatus nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung entgegen § 39 Absatz 1a Satz 8 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 dabei integraler Bestandteil jeglicher 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 der Tubus entfernen. Erfolgt die Beatmung über eine Trachealkanüle, verbleibt diese zunächst. Im Anschluss folgen Intervalle, in denen der Patient entweder mittels Maske nicht-invasiv 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 über sieben Tagen Beatmung nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch gelingt. Sowohl das reguläre als auch das prolongierte Weaning werden derzeit erfolgreich an Krankenhäusern durchgeführt, die Beatmungstherapie leisten.

Die Abbildung des Weanings und des damit einhergehenden Aufwands sind jedoch 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 der darauffolgenden 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, stellen die Krankenhäuser derzeit vor enorme Schwierigkeiten in der Abbildung der Beatmungsentwöhnung, insbesondere auch des prolongierten Weanings. Die Auswirkungen dieses Urteils lassen derzeit offen, wie in Zukunft eine sachgerechte Vergütung der Beatmungsentwöhnung ausgestaltet wird. Die Festlegung von Abschlägen für Krankenhäuser, bei denen eine Feststellung des Beatmungsstatus oder die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung nicht erfolgt, ist vor diesem Hintergrund abzulehnen. Dies wird aus Sicht der Krankenhäuser durch die Ausführungen zu Artikel 1 Nummer 12 des vorliegenden Gesetzentwurfes bekräftigt.

Des Weiteren findet die in der Begründung zu Artikel 4 Nummer 1 genannte Datenübertragung keine Entsprechung im Gesetzestext, der nur auf nicht sachgerechte Abschläge referenziert. Abschläge können schon heute im Rahmen der Rechnungsstellung übermittelt werden. Das in der Begründung genannte Entwöhnungspotenzial kann 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. Die entsprechenden Sätze der Begründung sollten dementsprechend ersatzlos gestrichen werden.

### **Änderungsvorschlag**

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

### **Zu Artikel 4 Nr. 2 (§ 9 Absatz 1a KHEntgG)**

Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuelles 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. Andernfalls ist damit zu rechnen, dass vermehrt auch vermeintlich unkompliziert zu entwöhnende Patienten in die o. g. Einrichtungen verlegt werden. Neben den hohen Belastungen für Patienten und Angehörige ist mit Mehrkosten aufgrund zunehmend erforderlicher Beatmungsverlegungen zu rechnen. Auch muss hinterfragt werden, ob die derzeitig 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.